Nr. 44. 1. listopada 1931 Rok X.

POLSKA GAZETA LEKARSKA

WYKŁADY KLINICZNE.

Eugenjusz BRZEZICKI. Kraków.

Badania nad parkinsonizmem objawowym.

Wykład habilitacyjny wygłoszony przed Wydziałem Lekarskim U. J. K. we Lwowie.

Ruch i przejawy psychiczne to dwie zasadnicze czynności układu nerwowego. Prawidłowy przebieg tych tak ważnych a fenomenologicznie rozmaitych składowych, które wzajemnie warunkują się i zazębiają, nie stanowi elementów samych przez się wyodrębnionych, lecz włączonych w splot najpierwotniejszych czynności układu nerwowego. Może być, że tylko najniższe formy odruchów rdzeniowych są od psychiki niezależne. Odruchy II. rzędu, odruchy śródmózgowia zależą już od czynności psychicznych. Parkinsonizm należy do tych obrazów chorobowych, które są związane z zaburzeniami ruchu. Przedewszystkiem zaburzone są odruchy śródmózgowe i z prążkowia.

Dowolne objawy ruchowe zawierają głównie następujące składowe: 1) neokinetyczną, jest to forma ruchu fazowego, klonicznego, składowa korowa, zależna od kory mózgowej, 2) składową móżdżkową, dającą nam współruch skojarzonych automatycznych ruchów, równowagę, zamiarowość ruchu, 3) składową pozapiramidową, zawiadującą stroną dynamiczną, automatyczną i toniczną każdego ruchu. Nie wspominam tu celowo o składowych niższego rzędu jak n. p. o składowej rdzeniowej, archikinetycznej. Oczywiście kilku temi słowami nie wyczerpuje się wszystkich czynników, kontrolujących fizjologiczny przebieg ruchu, że wspomnę tylko o wzroku, słuchu, narządzie błędnikowym, o narządzie czuciowym, od których zależy tyle różnych czynności ruchowych. Żadna z wyżej wymienionych trzech składowych nie jest jeszcze dostatecznie znaną, najciekawszą wydaje mi się jednak składowa obu układów pozapiramidowych. Moje badania dotyczą głównie I. systemu pozapiramidowego, którego ośrodka należy szukać w t. zw. jądrach podkorowych mózgu, czyli w *striatum, pallidum, substantia nigra, nucleus ruber, nucleus Louysii* i w wielu innych jeszcze pomniejszych jądrach. Mimo, że niektórzy autorowie nie włączają *thalamus* do tego układu, badania moje raczej wskazują na to, że od jądra tego zależą w części takie np. zaburzenia ruchowe, jak negatywizm ruchowy.

W jednej z poprzednich prac zaproponowałem podział wszystkich chorób jąder podkorowych na trzy wielkie grupy. Na grupę I. hipertoniczno-akinetyczną, która zwykle łączy się z hiperkinezą w postaci drżenia lub rzadziej atetozy. W grupie tej należy dokładnie wyróżnić hipertonję czyli *rigor* od akinezy, gdyż zdaje się, że akineza zależy raczej od II. systemu pozapiramidowego, od drogi czołowo-mostowej. 2) Na grupę hipotoniczną zwykle skombinowaną z hiperkinezą w postaci pląsawicy. 3) Na grupę dystoniczną, która często również skombinowana jest z hiperkinezą w postaci atetozy tułowia ewentualnie przytułowionych mięśni kończyn. Widzimy zatem, że zwykle każde zaburzenie t. zw. *tonus,* napięcia mięśniowego, łączy się z pewną określoną postacią hiperkinezy.

Obecnie tematem naszych rozważań będzie grupa I., grupa hipertoniczna ze wzmożonym *rigor.* napięciem, sztywnością mięśni. Napięcie to jest plastyczne w odróżnieniu od napięcia piramidowego, które jest sprężynowe. Ten zespół hipertoniczny najczęściej idący w parze z hipokinezą, mający zwykle ślad hiperkinezy w postaci drżenia, nazywamy parkinsonizmem.

Rzeczywisty, swoisty parkinsonizm spotykamy tylko w *Paralysis agitans, (Morbus Parkinsoni).* Objawy tej choroby oraz jej podkład anatomiczny doczekał się już dokładnego opracowania. Podobnie dokładnie, choć w żadnej mierze nie wyczerpująco, opracowany jest parkinsonizm pośpiączkowy, który jest klasycznym przykładem parkinsonizmu objawowego.

Inne rzadsze postacie parkinsonizmu objawowego występują na tle kiły, stwardnienia rozsianego, miażdżycy, względnie wylewów krwawych w jądrach podkorowych, powstałe na tle nowotworów i w końcu wskutek zatrucia tlenkiem węgla. Wszystkie te zespoły naogół są rzadkie, często zupełnie jeszcze dotąd nieopracowane, a więc ciekawe.

Parkinsonizm kiłowy.

W piśmiennictwie światowem przypadków takich opisano zaledwie 30. Krytyczny a uważny czytelnik tych prac będzie miał jednak co do wielu z nich poważne zastrzeżenia. Oczywiście z góry należy z tej grupy wykluczyć powikłania śpiączki i kiły oraz powikłania drżączki porażnej *(paralysis agitans)* i kiły. Takie przypadkowe zespoły nic a nic nie mają wspólnego z parkinsonizmem kiłowym. Jedyną dotychczas uznaną postacią parkinsonizmu kiłowego jest wybiórcza kiła naczyniowa jąder podkorowych, która prowadzi do krwotoków lub zatorów w zakresie tych jąder, co w pewnych sprzyjających warunkach może następowo wywołać parkinsonizm. Ta jedynie znana postać chorobowa byłaby wedle podziału Head'a, kiłą łączno-tkankową mózgu czyli kiłą naczyniową.

Pod względem klinicznym i histologicznym badałem dwa tego rodzaju przypadki. Na tle kiłowym zmian naczyniowych przyszło w obu przypadkach do wynaczynienia *per diapedesin* i do następowego uszkodzenia jąder podkorowych, co klinicznie uwidoczniło się udarem. Po udarze nie przyszło do porażenia połowiczego, jak to najczęściej bywa, lecz do ogólnego parkinsonizmu. Poza temi dwoma klasycznemi przypadkami kiłowego parkinsonizmu, udało mi się zbadać jeszcze jeden, który ze względu na jego osobliwe własności chciałbym opisać szczegółowo. Mężczyzna lat 63, zaraził się kiłą w 22 r. ż. Zresztą nie chorował, śpiączki bezwzględnie nie przechodził. Od 59 r. ż. zauważył szybko narastającą sztywność i bezruch tak, że kiedy zgłosił się do kliniki był sztywny jak kłoda, podobnie jak to bywa w przypadkach choroby Wilsona. R. Wa +++. Najciekawszym było to, że krzywa odczynów płynu mózgowo-rdzeniowego miała cechy takie, jakie spotyka się u porażeńców, mimo wszelkiego braku psychicznych objawów. Intensywne leczenie przeciwkiłowe poprawiło stan chorego nadspodziewanie. Chory, który w łóżku dźwignąć się nie mógł i nawet musiał być karmiony, po kilku tygodniach leczenia salwarsanem i rtęcią mógł się prawie swobodnie poruszać i chodzić [1]). W okresie postępującej poprawy chory zmarł na niedrożność przewodu pokarmowego. Parkinsonizm pośpiączkowy jest w tym przypadku wykluczony tak, ze względu na wywiady jak i wynik badania klinicznego, tudzież zupełną poprawę po leczeniu przeciwkiłowem, czego nie spotyka się w śpiączce, o czem zapominają Kehrer i Lotmar podejrzewając w moim przypadku właśnie parkinsonizm pośpiączkowy, dla którego istnienia brak jakichkolwiek danych. Badanie mikroskopowe mózgu wykazało oprócz kiły naczyń, zmiany miąższowe zwyrodnieniowe głównie w *striatum i substantia nigra,* przy lekkich przewlekłych objawach zapalnych, jak to zwykle bywa w *meningoencephalitis luetica.* Te miąższowe zmiany tłumaczą nam obecność krzywej porażenia w płynie mózgowo-rdzeniowym. Na podstawie tego wyjątkowego wprost przypadku można twierdzić, że parkinsonizm kiłowy nie tylko powstaje następowo na tle kiłowo zmienionych naczyń, ale także jako samoistna postać miąższowego zwyrodnienia. O ile pierwsze przypadki porównać można z kiłą mózgu, o tyle ostatni przypadek porównać możemy ze zmianami metakiłowemi, które się właśnie odznaczają zajęciem miąższu. Podobieństwo to zaznaczone jest jeszcze krzywą porażenia w płynie mózgowo-rdzeniowym. Wynika z tego jasno, że poza wiądem rdzenia i porażeniem postępującem istnieją jeszcze inne miąższowe, kiłowe zmiany mózgu np. w parkinsonizmie kiłowym.

Parkinsonizm w stwardnieniu rozsianem.

Jest rzeczą godną zastanowienia, że stwardnienie rozsiane, które jako choroba częsta, klinicznie i anatomo-patologicznie dokładnie opracowana, doczekała się całego szeregu pierwszorzędnych prac i monografij, jest w swojej odmianie parkinsonowskiej mało znane. Na palcach jednej ręki policzyć można autorów, którzy poruszyli istnienie tego zespołu, anatomicznie zaś nie opracowano dotąd ani jednego przypadku.

Korzystając z materjału, który miałem do rozporządzenia, pragnę opisać trzy przypadki parkinsonizmu, który powstał na tle stwardnienia rozsianego. Parkinsonizm powstaje zwykle nagle

[1]) Podobny przypadek opisał ostatnio Pires. Rev. Sud. amer. med. 1. 1930.

w czasie nasilenia się objawów. W pierwszym przypadku stwierdziłem obustronne duże ogniska stwardnienia w jądrach podkorowych i czarnej substancji. W tych przypadkach napotkałem nietylko rozległą demyelizację z następowem stwardnieniem gleji, ale także zniszczenie komórek zwojowych jąder podkorowych, jako też i ich wypustek osiowych. W drugim przypadku oprócz obustronnych ognisk stwardnienia w jądrach podkorowych, napotkałem w prawej łupinie *(putamen)* wewnątrz samego ogniska stwardnienia jamę, powstałą na skutek rozpadu tkanki. Dokładniejsze badanie histologiczne pozwala na przypuszczenie, że jama ta powstała pośród tak zwanej „plaki" z powodu fizjologicznej niedomogi usztywniającego narządu glejowego właściwej dla łupiny, który nie był w stanie wytworzyć gęstej sieci włóknistej w ognisku stwardnienia — podobnie jak to bywa np. w *morbus Wilsonii.* Wiemy bowiem, że w łupinie glej włóknisty nie dopisuje już normalnie. Oczywistą jest rzeczą, że podobieństwo jamy w naszym przypadku do jam w *morbus Wilsonii* jest bardzo powierzchowne, zresztą nie potrzebujemy się uciekać do tego porównania, gdyż tworzenie się jam w ogniskach stwardnienia jest dość częstym objawem (np. powikłania *scler. diss.* i *syringomyelia).* W trzecim przypadku, parkinsonizm wystąpił nagle jak przy udarze mózgowym. I tym razem dało się stwierdzić ogniska stwardnienia w jądrach podkorowych. W jednem większem ognisku, znajdującem się w głowie *nucleus caudatus* i *putamen,* wystąpiły prawdopodobnie w związku ze zmianą miejscowego napięcia tkankowego skurcze naczyniowe w znaczeniu Westphala, następstwem czego było przedostawanie się krwinek przez ściany naczyniowe i tworzenie się krwotoków. Te liczne mikroskopowe krwotoczki, dobrze odgraniczające się pod mikroskopem, zlewały się we większe tak, że w końcu wytworzyły się liczne i duże ogniska martwicowe w jądrach podkorowych.

A więc z wyżej podanych klinicznych badań, potwierdzonych przez badanie histoanatomiczne, jasno wynika, że ogniska stwardnienia, o ile usadowią się w jądrach podkorowych, mogą wywołać w pewnych warunkach objawy parkinsonizmu. Przy sposobności badania powyższych przypadków przeglądnąłem cały, jakim rozporządzałem, anatomiczny materjał mózgów pacjentów, cierpiących na stwardnienie rozsiane. Otóż okazało się, że na 50 mózgów sklerotyków w 9 przypadkach czyli w 18% znajdowały się mniejsze ogniska w jądrach podkorowych. Wprawdzie ogniska te nie były duże i co najważniejsze nie leżały symetrycznie i obustronnie, jednak ku mojemu zdziwieniu istniały, co dowodzi, że „jad stwardnienia" nie oszczędza szarej substancji. Mam wrażenie, że to jest powodem, iż w wielu przypadkach stwardnienia rozsianego stwierdzamy liczne objawy pozapiramidowe. Uszkodzony układ piramidowy cechuje się u człowieka dominującem działaniem i dlatego przygłusza niejako objawy pozapiramidowe. Nie dało się również stwierdzić czy t. zw. „plaki" stoją w bezpośredniej zależności od naczyń, czy też nie. Powyższe trzy przypadki parkinsonizmu w stwardnieniu rozsianem są pierwszemi dotychczas opisanemi przypadkami, badanemi tak pod względem klinicznym, jak i anatomicznym, są zatem niezwykle rzadkie.

Parkinsonizm pokrwotoczny.

Zespół objawów Parkinsona na tle miażdżycy tętnic jest w najszerszem słowa tego znaczeniu rzeczą stosunkowo częstą. Można bez większego wahania przyjąć, że każdy prawie starzec, posuwający się małemi kroczkami naprzód, o twarzy mało ruchliwej, pochylony do przodu podobnie do młodego parkinsonika, o ruchach drżących, wykazałby przy anatomicznym badaniu jego mózgu, objawy miażdżycy tętnic jąder podkorowych, jeśli już nie wyraźne „kriblury i lakuny". W starszym wieku równowaga między układem piramidowym a pozapiramidowym ulega zwykle zaburzeniu. Wiemy zresztą dobrze, jak często spotykamy u starców *„état lacunaire* Mariego" lub *„état criblé".* Drżenie, sztywność ruchów, akineza, osłabienie współruchów, przygarbienie, osłabienie *„tonus de posture, marche à petit pas,* oto cechy starcze, ale co najważniejsze i cechy parkinsonistyczne. Kliniczny obraz różni się raczej ilościowo, jak jakościowo. *Paralysis agitans,* ten właściwy parkinsonizm, wykazuje anatomiczne cechy bardzo zbliżone do zmian miażdżycowych, usadowionych głównie w jądrach podkorowych.

Parkinsonizm, którego cechy chciałbym obecnie poruszyć, jest parkinsonizmem miażdżycowym. Opiszę jednak takie tylko przypadki, w których nie przyszło do zmian wstecznych na tle miażdżycy w jądrach podkorowych, jeno do martwicy na tle zaczopowania względnie krwotoku w obrębie gałązek *art. lenticulares,* lub *chorioidea ant.,* które właśnie unaczyniają zajmujące nas odcinki substancji mózgowej.

W materjale moim znalazłem 4 przypadki parkinsonizmu, który wystąpił nagle po udarze. Tylko w jednym przypadku wystąpił po udarze typowy piramidowy połowiczy niedowład, przygłuszający objawy hemiparkinsonizmu. Dopiero po ustąpieniu objawów piramidowego niedowładu, wysunęły się na czoło objawy pozapiramidowe w postaci połowiczego parkinsonizmu. W pozostałych trzech przypadkach wystąpiły po udarze od samego początku tylko objawy ogólnego parkinsonizmu, zamiast, jak to zwykle bywa, objawów porażenia połowiczego. Oczywiście przypadki takie są stosunkowo rzadkie. W każdym z tych przypadków dało się anatomicznie stwierdzić uszkodzenie jąder podkorowych, albo na tle zaczopowania tętniczek striotalamicznych i następowej martwicy okolic unaczynionych przez te tętniczki, albo na tle krwotoków, które również wywołały następową martwicę odpowiednich części jąder podkorowych. W pierwszym powyżej podanym przypadku można było stwierdzić zaczopowanie tej części *art. cer. med.* od której odchodzą gałązki, unaczyniające *striatum.* Następstwem tego stanu była biała martwica jąder podkorowych po jednej stronie, przy pospolitych objawach miażdżycy jąder podkorowych strony przeciwnej. W 3 pozostałych przypadkach można było stwierdzić obustronne, prawie symetryczne, krwotoki w *striatum,* co wywołało następową martwicę i wypad czynności.

Pierwszy przypadek jest z punktu widzenia patogenetycznego zupełnie jasny. Zamknięcie światła naczynia musiało wywołać martwicę. Patogeneza przypadków krwotocznych jest mniej jasna. Mimo bowiem dokładnego anatomicznego badania nie można było stwierdzić pęknięcia naczyń. Bardzo ciekawe ze względu na toczącą się obecnie dyskusję o patogenezie krwotoków mózgowych był trzeci przypadek. Można było bowiem pod mikroskopem wyraźnie stwierdzić wytwarzanie się drobniutkich krwotoczków, zlewających się często we większe krwotoki, przy zupełnie morfologicznie nieuszkodzonych większych naczyniach. W drugim i czwartym przypadku przyszło natomiast do krwawych wylewów naokoło większych tętniczek w postaci pochwy, bez widocznego uszkodzenia ścian naczyń w postaci przedarcia. W zasadzie skutek był ten sam, a mianowicie martwica tkanki. Jest rzeczą charakterystyczną, że w żadnym przypadku nie przyszło do obfitego krwotoku w jądrach podkorowych w znaczeniu dawnych autorów. Trudno jest przy omawianiu parkinsonizmu pokrwotocznego rozprawiać nad teorjami, starającemi się wyświetlić patogenezę krwotoków mózgowych. Pewne jednak wnioski można wysnuć na podstawie naszych przypadków, a mianowicie: większe krwotoki *per rrhexin* nie są częstym zjawiskiem w jądrach podkorowych. Krwotoki, spotykane w jądrach podkorowych, powstają albo ze zlewania się mikroskopowych (z naczyń włosowatych) krwotoczków, lub powstają podobnie jak poprzednie *per diapedesin* przy pozornie nieuszkodzonych ściankach tętniczek i tworzą wylewy w postaci pochwy, zlewające się wkońcu razem. Ze względu na niemożność stwierdzenia uszkodzeń mechanicznych (np. pęknięć) naczyń, należy skłonić się raczej do czynnościowej teorji powstawania krwotoków w jądrach podkorowych.

Parkinsonizm przy guzach.

Ściśle rzecz biorąc, tylko krwotok lub urazowe uszkodzenie mózgu daje nam w następstwie mniej więcej czyste objawy wypadnięcia czynności pewnej części mózgu. Nowotwór działa na zniszczoną przez siebie i okoliczną tkankę mózgową w tak różnorodny sposób, że mało wzbogaca nasze wiadomości lokalizacyjne. Objawy nowotworowe ogólne, wzmożenia ucisku śródczaszkowego, nierównomiernie rozłożone ciśnienie, spowodowane wodogłowiem, obrzęk i t. d., oto objawy wikłające nasze rozpoznanie miejscowe. Dlatego nie zdziwimy się wiadomością, że nowotwory jąder podkorowych, dające pełne objawy pozapiramidowe, są rzadkie. Nowotwory *striatum* nigdy nie dają hiperkinez, raczej dają je nowotwory wychodzące z okolicy jądra czerwonego, jak np. klasyczny przypadek Halbana i Infelda. Parkinsonizm przy guzach jąder podkorowych jest bezwzględnie rzadki, częstszy jednak, niż hiperkinezy. Widząc przed sobą osobnika z guzem mózgu, charakteryzujący się parkinsonizmem, należy myśleć o trzech miejscach lokalizacyjnych: 1) o płacie czołowym, 2) o *stropallidum,* 3) o okolicy istoty czarnej. Czy uszkodzenie przez nowotwór płatu czołowego jako takiego, może dawać parkinsonizm, jest stale jeszcze rzeczą sporną, gdyż przeciwnicy tego poglądu wysuwają możliwość ucisku na przednie części jąder podkorowych tak blisko płatu czołowego leżące. Należy podkreślić, że urazowe wojenne uszkodzenia płatów czołowych nigdy nie wywołały objawów parkinsonizmu. Warto podnieść, że dotychczasowe przypadki parkinsonizmu przy guzach dotyczyły głównie okolicy jąder podkorowych, a nie samych jąder. Nowotwory samego *striopallidum* z objawami parkinsonizmu, które dotychczas opisano, można policzyć na palcach. Do tych kilku przypadków opisanych dodam 4 własne.

W przypadku pierwszym mamy do czynienia z lewostronnym nowotworem czołowym, przerastającym jednak na stronę prawą.

Po stronie lewej nowotwór przerastał również *caput striati*. *Rigor*, (sztywność) i maskowatość twarzy, które wystąpiły znacznie później od objawów dezorjentacji w przestrzeni, braku inicjatywy, braku zainteresowania i akinezy, były wybitniej zaznaczone po stronie prawej i uwydatniały się zwłaszcza w twarzy, szyi i kończynach górnych. Wymienione objawy były zatem najpierw wywołane zajęciem płatów czołowych; objawy parkinsonizmu głównie prawostronnego i tyczącego się górnej części ciała muszą zależeć od zajęcia lewej przedniej części „*striatum*". Nowotwór należy do rodzaju „*spongioblastoma multiforme*" i jako niezwykle złośliwy wywołał obrzęk uboczny, potęgujący w ten sposób swoje działanie.

W drugim przypadku wystąpił ogólny parkinsonizm, wywołany przez olbrzymi mięsak lewych jąder podkorowych z wybitnym uciskiem na jądra prawe. W wywiadzie trzeciego przypadku należy podkreślić, że matka pacjenta cierpi na *paralysis agitans*. W tym przypadku parkinsonizm powstał na tle ucisku olbrzymiej torbieli na jądra podkorowe, które zanikły prawie zupełnie. Torbiel ta powstała z powiększonej i rozszerzonej lewej bocznej komory. Przyszło zaś do tego stanu w następujący sposób: w 5 roku życia po odrze wystąpiło zapalenie mózgu, głównie w części czołowo-ciemieniowej, po stronie lewej, co doprowadziło do zarośnięcia lewego *foramen Monroi*. Wciąż powiększająca się ilość płynu w zamkniętej komorze działała jako guz, powodując zanik lewych jąder podkorowych (częściowo i prawych) oraz kory czołowo-ciemieniowej (uszkodzonej już przez przebyte zapalenie). Bardzo ciekawy był t. zw. *status spongiosus* w okolicy jąder podkorowych i kory ciemieniowej, który należy uważać za pozostałość po *encephalitis*. Podobny *status spongiosus* spotyka się także jako objaw abiotroficzny w zespole Wilson-Westphal-Strümpell.

W czwartym przypadku po przebytem zapaleniu mózgu w 3 roku życia, wytworzyła się torbiel w prawej bocznej korze czołowej częściowo uciskając i niszcząc głowę prawego ciałka prążkowanego. Następowy parkinsonizm dotyczył głównie strony lewej pacjenta.

Na podstawie powyższego można powiedzieć, że o ile przy guzach wogóle występują objawy pozapiramidowe, to zawsze są to hipokinezy a nie hiperkinezy. W moim materjale znajduje się jednak dużo guzów jąder podkorowych bez objawów pozapiramidowych. Dlaczego się tak dzieje, że czasami duże guzy pozostają bez objawów, a czasami małe nawet powodują parkinsonizm, nie wiemy. Że guz jednostronny może dawać objawy obustronne, można sobie tłumaczyć uciskiem i obrzękiem. W każdym razie parkinsonizm należy uważać za zespół powstały przez zniszczenie jednego lub kilku ośrodków pozapiramidowych, ruchowych, przekładniowych, znajdujących się w śródmózgowiu. Umiejscowienie tego przekładniowego pozapiramidowego układu ruchowego jest na razie mało znane.

Parkinsonizm po zatruciu tlenkiem węgla.

Społeczne znaczenie zatruć tlenkiem węgla wzmaga się równorzędnie z postępem mechanizacji pracy. Tlenek węgla wydziela się wszędzie, we fabrykach, gazowniach, garażach i znajduje się w trujących ilościach obecnie już i w wąskich ulicach metropolij światowych, przy coraz się zwiększającym ruchu samochodowym. Jak okaże poniżej podana historja chorób dwóch przypadków, parkinsonizm taki występuje z pewnością częściej, niż się nam wydaje. Ponieważ oba przypadki miały przebieg identyczny, opiszę je wspólnie. Małżeństwo, mieszkające nad kuźnią i piecami do ogrzewania centralnego, prawie równocześnie zaczęło się skarżyć na zawroty i bóle głowy, kurcze w dolnej części brzucha, drażliwość, ogólne drżenie i osłabienie. U kobiety rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, u obu objawy nerwowe. Z powodu powyższych dolegliwości przeprowadzono u niej przerwanie ciąży i usunięto wyrostek robaczkowy, mimo to jednak bóle nie ustąpiły. Po kilku tygodniach wystąpiły u obojga małżeństwa dość znaczne objawy parkinsonizmu. Dopiero wtedy przeprowadzone badanie powietrza pokojowego na obecność CO, wykazało sporą ilość tego gazu. Po usunięciu przyczyny wydobywania się gazu, nastąpiła u obu małżonków ogólna poprawa, jednak dopiero po roku cofnęły się wszystkie objawy parkinsonizmu. Z klinicznego punktu widzenia te przypadki są niezwykle ważne, gdyż udowadniają nam, że parkinsonizm nie zawsze bywa sprawą nieodwracalną, jak się mniema ogólnie, ale może ustąpić zupełnie, o ile odpowiednie ośrodki mózgowe nie są jeszcze zniszczone.

Trzeci przypadek, to przypadek ostrego zatrucia tlenkiem węgla. Chora leżała nieprzytomna przez 24 godziny, później powoli występowała ogólna poprawa i wyzdrowienie. W czasie pozornego wyzdrowienia, w piątym tygodniu po wypadku, wystąpił nagle bez przyczyny lekki stan utraty pamięci i nagła sztywność i bezruch parkinsonistyczny. Ten parkinsonizm nie był jednak podobny do zwykle spotykanego obrazu chorobowego. Chora była usztywniona w lekkiem ułożeniu *opistotonus*, jednak utrzymywała głowę w powietrzu nie kładąc jej na poduszce *(oreiller psychique)* prawie równocześnie wystąpił mutyzm, nieprzyjmowanie pokarmów i ruchowy negatywizm podobnie, jak to bywa w katatonji. Chora zmarła, a mikroskopowe badanie mózgu wykazało: 1) dwie symetryczne, duże martwice w obu kulach bladych, 2) dość znaczne zmiany komórkowe w *nucleus ext. thalami*, 3) niezbyt wybitne wypadnięcie dużych komórek w jądrze ogoniastem, 4) bardzo nieznaczne zmiany w *tuber* i *substantia nigra*, 5) kora i biała substancja były niezmienione. Ponieważ patogeneza martwic *pallidum* przy zatruciu CO nie jest jeszcze ustalona, przeprowadziłem dokładne seryjne badania uszkodzonych okolic. Otóż okazało się w tym przypadku, że 1) martwica trzyma się dokładnie granicy *pallidum* i nie przechodzi na *CA int*, 2) że nie jest ona kształtu kulistego, widoczne są natomiast liczne wypustki wskazujące na związek jej z naczyniami, 3) badania przednich i tylnych części martwicy, części niezupełnie jeszcze zniszczonych pozwala na twierdzenie, że martwica zaczyna się naokoło żyłek włoskowatych, że zlewała się we większe ogniska, że po usunięciu chorej z atmosfery CO, martwica powiększała się mimo to dalej i to w kierunku przednio-tylnym. Ponieważ obecnie, na podstawie ostatnich badań niemieckich autorów, utrzymuje się zdanie, że martwica powstaje na tle zastoju w niezwykle rzadko rozłożonych naczyniach włosowatych *pallidum*, przeprowadziłem na 10 mózgach szczegółowe badanie kapilaroarchitektoniczne jąder podkorowych i *CA. int*. Byłem w możności stwierdzić, że poza *pallidum* znajdują się miejsca o znacznie rzadszych naczyniach włosowatych, w których mimo to do martwicy nie przychodzi, zresztą martwica jest ograniczona tylko do przedniej części *pallidum*, mimo, że kapilaroarchitektonika całego *pallidum* jest mniej więcej wszędzie ta sama. Jak już nadmieniłem, w powyższym przypadku martwica nie zaczęła się naokoło naczyń włosowatych, tylko naokoło najmniejszych żył. Powód tego stanu tłumaczyć można sobie w ten sposób, że dopiero w tych najmniejszych żyłkach przechodzi krew najbardziej pozbawiona tlenu, a nasycona trującym tlenkiem węgla. Ponieważ zaś martwica ogranicza się jedynie do *pallidum*, należy przypuścić, że t. zw. patokliza (Vogt) odgrywa przy powstaniu martwicy pewną rolę. Natomiast trudniejszą rzeczą do wytłumaczenia jest uszkodzenie przedniej części *pallidum*. Na podstawie przeprowadzonych badań nasuwać sie może przypuszczenie, że tylko w tych przypadkach przychodzi do martwicy w części przedniej, w których unaczynienie przedniej części *pallidum* zależy jedynie od *art. cerebri anter.* zwłaszcza, że często przednia część *pallidum* unaczyniona jest podwójnie — przez *art. cer. anter.* jako też i przez *art. cerebri med.* (jeden przypadek na 10 badanych przeze mnie mózgów). Pozostaje nam w przyszłości do wyświetlenia jeszcze jedna tajemnica. Jak wiemy, zniszczenie *pallidum* po zatruciu CO powstaje natychmiast, parkinsonizm zaś powstaje zwykle po krótszym lub dłuższym (jak u nas) czasie. Podobnie rzecz się ma i w parkinsonizmie pośpiączkowym. Odpowiedź jednak byłaby przy naszym stanie wiedzy narazie przedwczesna.

Ogólne wnioski.

Zastanawiając się nad fizjopatologją wyżej omówionych, i innych obcych, przypadków pozapiramidowych, ze zdziwieniem stwierdzimy fakt, że uszkodzenie jąder podkorowych daje raz objawy parkinsonizmu, drugi raz objawy hiperkinezy, czasami wystarczy małe uszkodzenie po jednej stronie by już wywołać objawy obustronne, czasami duże zniszczenie większej części jąder podkorowych nie daje żadnego objawu wypadnięcia. Wysuwa się zatem pytanie, czy słusznem jest wiązanie zespołów pozapiramidowych li tylko z uszkodzeniem jąder podkorowych? Czy objawy pozapiramidowe nie są raczej wynikiem niezborności impulsów ruchowych i trudności w przerabianiu tychże impulsów całego mózgu? Nauka o umiejscowieniu tak, jak zresztą wszystko na świecie podlega modzie, czy więc współczesne zapatrywania nie posunęły się za daleko w próbach umiejscowienia „*extrapiramidium*"?

W i l s o n był pierwszym, który się cofnął na całej linji. Obecnie jest on zdania, że hiperkinezy są pochodzenia wyłącznie korowego, a nawet współruchy i inne automatyzmy nie są zależne od *striatum*. Za nim poszli N i e s s l, von M a y e n d o r f, W e n d e r o w i č i inni. H u n t, V o g t, F o e r s t e r, L o t m a r, szkoła francuska i większość autorów, którzy zajmowali się temi sprawami, trzymają się jednak dalej „klasycznych" pojęć, a K l e i s t „brnie" nawet jeszcze dalej, stara się różniczkować między objawami *putamen* i *caudatum*, a nawet między zewnetrznem a wewnętrznem jądrem *pallidum*. Natomiast bardzo ostrożnie wyraża się S p a t z, który jednak i obecnie jest zdania, że uszkodzenie *striatum* może dawać hiperkinezę lub hipokinezę, zaś uszkodzenie czarnej istoty sztywność, a impulsa przechodzą do układu obwodowych, ruchowych neuronów, w bliżej nam nieznany sposób.

Prościej ujmuje tę sprawę Lotmar, który przeprowadza „impulsa ekstrapiramidowe" do rogów przednio-bocznych w rdzeniu przez pęczek Monakowa *(fasc. rubro-spin.)*.

Mam wrażenie, że prawda, jak to zwykle w takich sprawach bywa, leży pośrodku. Należy przyznać opozycji słuszność w twierdzeniu, że w ostatnich czasach, zwłaszcza w Niemczech, umiejscawiano w jądrach podkorowych prawie wszystkie objawy ruchowe i psychiczne (Küppers) wprost, że się tak wyrażę, bezkrytycznie. Natomiast zbyt krytyczne stanowisko Wilsona jest jednak niezrozumiałe i za daleko posunięte. Większość bowiem prac tyczących się *„extrapiramidium"* z ostatniego dziesiątka lat była pisana sumiennie, a umiejscowianie było oparte na dokładnych badaniach i faktach. Jest rzeczą znaną np., że w *chorea Huntingtoni*, na podstawie której właśnie Wilson opiera swoje wywody, zawsze możemy wykazać zmiany w *striatum*. Rozsądna i objektywna krytyka naszych obecnych pojęć jest jednak wskazana, gdyż wywołuje dyskusję i posuwa naprzód nasze niedokładne jeszcze poglądy na fizjopatologię.

Osobiście mam wrażenie, że z objawów *„extrapiramidium"* należy dokładnie odgraniczyć *rigor* od akinezy i hiperkinezy. *Rigor* plastyczny jest zaburzeniem napięcia mięśniowego, t. zw. *tonus*, i jest czemś zasadniczo różnem od akinezy. Jednak nie należy uważać akinezy wyłącznie za negatyw hiperkinezy mimo, że akinezę i hiperkinezę musi się wspólnie omawiać jako zaburzenia ruchu. Akineza np. jest często objawem czołowym, choć nim nigdy nie bywa hiperkineza. Uważam, że porywanie się wogóle na dokładniejsze umiejscowienie tak hiperkinez, jak i akinez jest narazie zadaniem niewdzięcznem i skazanem na niepowodzenie. Fakty jednak przekonywują nas ciągle, że hiperkinezy i akinezy powstają przez uszkodzenie jąder podkorowych.

Dla mnie ciekawem jest zagadnienie, jakiemi drogami dostają się te różne impulsy pozapiramidowe do rdzenia. Wyrażając się graficznie, można powiedzieć, że połączenia jąder pozapiramidowych układają się względem siebie w koło, i to w koło zamknięte, przerwane tylko w dwóch miejscach, a mianowicie 1) drogą rubrospinalną i czepcowo-centralną, oraz 2) drogą piramidową z rowka Rolando, która pośrednio, ściśle jest związaną z *thalamus*. Tylko temi drogami mogą się przenosić bodźce pozapiramidowe na rdzeń. Zastanówmy się zatem nad *tractus rubrospinalis* i *centralis tegmenti*. Pierwszy jest filogenetycznie bardzo starym szlakiem, drugi istnieje właściwie dopiero u małp. Pierwszy szlak jest u zwierząt niższych potężnym pęczkiem, u ludzi zaś jeszcze tylko nieznaczną wiązką, drugi szlak natomiast u zwierząt niższych prawie nie istnieje mimo potężnego rozwoju jąder podkorowych, a u ludzi schodzi pośrednio najdalej do rdzenia szyjnego. Oba te pęczki odchodzą od jądra czerwonego, jądra wyraźnie tonizującego. Czy jest logicznem przypuszczać, że tą drogą tak małoznaczną u człowieka przewodzone są impulsy, objawiające się dynamicznie potężnemi miotaniami pląsawiczemi? Osobiście wierzę, że droga rubrospinalna, to droga odruchów tonicznych i postawnych, droga czepcowa to również droga odruchowa, (może tonicznych odruchów szyjnych), podobnie zresztą, jak droga błędnikowa i inne pomniejsze drogi, służące dla przenoszenia odruchów napięcia mięśniowego, tak ważnego dla postawy stojącej człowieka. Dla napięcia plastycznego może ewentualnie służyć jeszcze droga przez zwoje sympatyczne. (Co prawda Kuré wykazał ostatnio w mięśniu prążkowanym odrębność zakończeń sympatycznych, parasympatycznych i pozapiramidowych, poza zwykłemi włóknami pochodzenia piramidowego).

Ruchy pląsawicze, przypominające nam wedle Goodhearta urywki ruchów dowolnych zbornych, przewodzone są tak, jak ruchy fizjologiczne, przez drogi ruchowe, a więc przez drogi piramidowe i dlatego zrozumiałą staje się rzeczą, że wycięcie kory ruchowej usuwa pląsawicę.

Natomiast impulsy powodujące sztywność pozapiramidową, będącą zaburzeniem odruchu napięcia plastycznego, przechodzą przez prawidłowe drogi tonizujące do rdzenia przez drogę Monakowa, czepcową i t. d. Przez te drogi przewodzone są prawidłowe odruchy napięcia postawnego, ułożeniowego, plastycznego i inne odruchy służące do utrzymania prawidłowej postawy i ułożenia.

Hiperkineza pozapiramidowa, powstająca przy schorzeniu jąder podkorowych jest spowodowana zaburzeniem impulsów niektórych składowych ruchowych, mających swój podkład w jądrach podkorowych. Prawidłowo są te pozapiramidowe składowe ruchowe, przewodzone przez *thalamus* do *sulcus Rolando*. Temi samemi drogami muszą iść zaburzone impulsy ruchowe pozapiramidowe. Przechodzą one zatem przez *thalamus* do rowka Rolando i stąd drogą piramidową *(tr. cortico-spinalis)* do rdzenia. Taki sposób tłumaczenia przewodzenia impulsów tonicznych i hiperkinetycznych z mózgu do obwodowych neuronów ruchowych jest, zdaje się, najprostszym.

Przyszłość być może pokaże, że wszystkie dotychczasowe rozważania umiejscowiania były zbyt heurystyczne i że większość z nich nie ostoi się przed obuchem faktów, obecnie jednak mają one swoją wartość, ułatwiając nam naszą pracę i uwalniając nas od operowania zbyt dużą ilością niewiadomych.

Dr. S. NEUMARK. Łódź.

O chorobie Fox-Fordyce'a.

Z polikliniki chorób skórno-wenerycznych Kasy Chorych w Łodzi.

Jednem z charakterystycznych zjawisk w medycynie wogóle, a w dermatologji w szczególności, jest pewna przejściowa aktualność i szczególne zainteresowanie się niektóremi zagadnieniami, obejmującemi większe lub mniejsze pole spostrzeżeń klinicznych, które być może już wcześniej notowane, jednakże nie były zbytnio brane pod uwagę. Z chwilą zaś wyodrębnienia tego rodzaju zespołów klinicznych w oddzielną jednostkę chorobową, ilość publikacyj naukowych, poświęconych zarówno opisom świeżych przypadków spostrzeganych, jak i badaniom w kierunku wyjaśnienia etjologji i patogenezy cierpienia, wzrasta zwykle szybko w stosunkowo krótkim okresie czasu. Dotyczy to również pewnego ciekawego zespołu objawów chorobowych skóry, wyodrębnionego w roku 1902 przez amerykańskich autorów Fox'a i Fordyce'a, dzięki którym dermatoza ta uzyskała swe mianownictwo. Choroba Fox-Fordyce'a jeszcze niedawno uważana była jako schorzenie skóry stosunkowo rzadkie, mało znane i niewzbudzające większego zainteresowania. Jednakże pod wpływem wybitnych prac Schiefferdecker'a o apokrynowych gruczołach potnych, a zwłaszcza od czasu jak stwierdzono pewną łączność pomiędzy chorobą Fox-Fordyce'a, a zaburzeniami czynnościowemi tych gruczołów (W. Pick, H. Fischer), piśmiennictwo o tej nowej jednostce chorobowej skóry nader się wzbogaciło, szczególnie w przeciągu ostatnich lat. Żywe zainteresowanie, jakie wciąż wzbudza swoista symptomatologja choroby Fox-Fordyce'a, zrozumiałe jest jeszcze z tego względu, że etjologja i patogeneza tego cierpienia nie są dotychczas całkowicie wyjaśnione. Toteż w ostatnich publikacjach o chorobie Fox-Fordyce'a tego rodzaju zagadnienia są szczególnie uwzględniane, jednakowoż bez znalezienia ostatecznego rozstrzygnięcia. To, że zwłaszcza w ostatnich latach liczne przypadki wymienionej dermatozy zostały ogłoszone, objaśnić należy raczej zwróconą w tym kierunku uwagą oraz większą znajomością obrazu chorobowego, niż nagłem rozprzestrzenieniem się choroby.

Osobiście mieliśmy możność obserwowania trzech typowych przypadków choroby Fox-Fordyce'a. Ze względu na to że przez autorów polskich tylko 4 przypadki były dotychczas opisane (Karwowski i Dobak, Walter, Chorążak i Ostrowski, Türck) uważaliśmy za wskazane ogłosić własne spostrzeżenia ze względu na szereg dość ciekawych szczegółów, by następnie na podstawie tych spostrzeżeń oraz odnośnego piśmiennictwa wyrobić sobie pewien ogólny pogląd na etjologję i patogenezę cierpienia.

Choroba Fox-Fordyce'a przedstawia nader charakterystyczny obraz dzięki pewnym cechom, nadającym jej swoiste piętno zarówno pod względem klinicznym, histologicznym, jak i patogenetycznym. Przedewszystkiem umiejscowienie zmian chorobowych dotyczy pewnych określonych miejsc ciała, a mianowicie okolicy pach brodawek sutkowych i zewnętrznych części płciowych, znacznie rzadziej i okolicy pępka. Dalsze cechy tego cierpienia oprócz charakterystycznego umiejscowienia są następujące: niezwykle przewlekły przebieg, trwający niekiedy 7 i więcej lat, nader uciążliwe swędzenie, występujące napadowo, zwłaszcza w nocy i do tego stopnia gwałtowne, że nietylko pobudza chorego do ustawicznego drapania aż do krwi, lecz wywołać może z tego powodu zupełną bezsenność. Swędzenie skóry zwykle wyprzedza w większym lub mniejszym odstępie czasu (od kilku dni — przypadek Nr. 2 do 11 lat — przypadek Nr. 3) występowanie wykwitów drobnoguzkowych na skórze i wzmaga się zwłaszcza przed menstruacją, rzadziej podczas menstruacji, również w czasie silnego zdenerwowania. Większość autorów podaje, że choroba Fox-Fordyce'a występuje przeważnie u osobników nader nerwowych, aczkolwiek należy wziąć pod uwagę że ustawiczny i dokuczliwy świąd potrafi zupełnie zdrowych i normalnych osobników doprowadzić do stanu najwyższego zdenerwowania. Świąd ten ogranicza się do miejsc zajętych, gdzie po pewnym czasie występuje charakterystyczna wysypka, składająca się z drobnych guzków kształtu płaskiego, okrągłego, półkulistego, owalnego lub stożkowatego, wielkości łebka szpilki do małego grochu, barwy cielistej, szaro-różowej lub sinawo-czerwonej. Guzki te są w okolicy pach

dość gęsto i linijnie ułożone w postaci sznura pereł, co szczególnie uwydatnia się przy rozciągnięciu palcami skóry pach. W środku poszczególnych guzków znajdują się maleńkie wgłębienia, odpowiadające ujściom przewodów wydzielających gruczołów apokrynowych, lub drobny czopek rogowy, względnie włos lub odłamek włosa. Dalszym znamiennym objawem jest wypadanie włosów z okolicy pachowej, w mniejszym stopniu i w innych zajętych okolicach skóry. Włosy te są suche, bez połysku, w stanie zaniku, po większej części połamane, sterczące w środku wymienionych guzków, poczem po pewnym czasie wypadają zupełnie, tak, że w przypadkach choroby Fox-Fordyce'a, trwających dłuższy okres czasu, skóra pach odznacza się brakiem wszelkiego owłosienia; jest ona przytem lekko przebarwiona, prawdopodobnie wskutek ustawicznego drapania. Również dokoła brodawek sutkowych skóra jest niekiedy nieco więcej pigmentowana; guzki znajdujące się w tej okolicy są cokolwiek większe, aż do wielkości ziarna prosa, barwy cielistej często kształtu konicznego. Na wzgórku łonowym oraz na dużych wargach sromnych guzki są jeszcze większe, wielkości małego grochu barwy różowo-czerwonej lub sino-czerwonej, przypłaszczone, rozsiane, lecz często zlewające się ze sobą, tworząc nierówną, lekko brodawkowatą powierzchnię. Co się tyczy pocenia, zwłaszcza w okolicy pach, w niektórych opisanych przypadkach było ono wzmożone, w innych natomiast stwierdzono znaczne zmniejszenie pocenia, w większości zaś przypadków czynność wydzielnicza gruczołów potnych była zupełnie prawidłowa.

Z własnych 3 przypadków choroby Fox-Fordyce'a u jednej chorej pocenie pach było bardzo słabe, u drugiej — średniego stopnia, natomiast w trzecim przypadku pocenie było znacznie zwiększone i potęgowało się podczas menstruacji oraz w stanach zdenerwowania, przyczem wzmożone wydzielanie potu występowało nietylko w okolicy pach, lecz również na skórze głowy owłosionej oraz na górnej wardze, co wskazuje raczej na nadczynność gruczołów potnych ekrynowych tych okolic.

Wreszcie wymieniona postać chorobowa odznacza się niezwykłą opornością na wszelkiego rodzaju leczenie maściami, zarówno jak na proteinoterapię lub opoterapię oraz względem czynników fizykalnych j. n. promieni Roentgena.

Mieliśmy możność leczenia tylko dwu naszych chorych. U jednej kilkakrotne naświetlania prom. Roentgena spowodowały nieznaczną poprawę stanu chorobowego. Natomiast u drugiej chorej uzyskaliśmy początkowo doskonałe wyniki, stosując leczenie insuliną naprzemian z naświetlaniami lampą kwarcową. Rzecz godna uwagi, że u tej chorej jednocześnie ze znaczną poprawą stanu chorobowego, stwierdzić można było szybkie odrastanie włosów w miejscach zajętych, zwłaszcza w okolicy pach, jednocześnie ze zwiększonem wydzielaniem potu. Niestety stan ten nie był długotrwały, gdyż po kilku tygodniach nastąpił nawrót cierpienia. Wielokrotne naświetlania prom. Roentgena spowodowały ponowne częściowe zniknięcie objawów chorobowych, przeważnie w okolicy pach.

Ze względu na to, że ostatnio przypadki choroby Fox-Fordyce'a są dość często opisywane, uważamy za dostateczne podać szczegółowy przebieg cierpienia u jednej chorej, natomiast co się tyczy dwóch innych przypadków, ograniczyć się do krótkiego opisu stanu chorobowego.

P r z y p a d e k I. N. A., lat 33. 31. VIII. 1929. Cierpienie skóry datuje się od 3 miesięcy. Z początku chora odczuwała tylko swędzenie w okolicy obydwu pach, brodawek obydwu piersi oraz w okolicy części płciowych; dopiero po miesiącu zauważyła maleńkie guzki tamże. Swędzenie ma charakter napadowy, najczęściej występuje w nocy, jednakowego natężenia. Napady te są bardzo częste, niekiedy co godzina i do tego stopnia gwałtowne, że chora zmuszona jest się drapać aż do krwi, zwłaszcza w nocy, wskutek czego cierpi na bezsenność. Chora podaje, że od kilku tygodni włosy w okolicy obydwu pach, dokoła brodawek sutkowych, zwłaszcza zaś w okolicy części płciowych zaczęły wypadać, tak że codzień zrana znajdowała liczne włosy na prześcieradle. Od 3 lat jest bardzo nerwowa, cierpi na upławy i nader uporczywą obstrukcję. Period prawidłowy co 4 tygodnie, trwa 4—5 dni, niebolesny. Chora zwierza się, że nigdy nie odczuwała najmniejszego pociągu płciowego oraz żadnej rozkoszy podczas stosunku, wprost przeciwnie, ma wstręt do tego aktu. Natomiast podczas drapania aż do krwi wskutek napadu gwałtownego swędzenia, zwłaszcza w okolicy części płciowych, przejmuje ją nader intensywne zadowolenie płciowe.

W okolicy obydwu pach, zwłaszcza prawej, linijnie ułożone guzki wielkości łebka szpilki do ziarnka maku, kształtu półkulistego lub płaskiego, barwy bladoróżowej, o powierzchni gładkiej, lśniącej, poczęści zawierających włos lub odłamek włosa w swym środku. Owłosienie pach skąpe. Włosy są suche, bezbarwne, poczęści ułamane. Na lekko przebarwionej skórze widoczne są liczne ślady drapania wskutek uciążliwego swędzenia. Pocenia natomiast brak, względnie występuje ono rzadko w bardzo nieznacznym stopniu. W okolicy obydwu brodawek sutkowych, zwłaszcza na obwodzie, pojedyńcze drobne guzki wielkości ziarnka prosa, barwy cielistej, po większej części rozdrapane. Chora podaje, że podczas napadu swędzenia ilość tych guzków ulega zwiększeniu. Również na wzgórku łonowym oraz na zewnętrznej stronie dużych warg sromnych liczne guzki nieco większe aż do wielkości małego grochu, płaskie, barwy różowo-czerwonej lub sinawo-czerwonej, pojedyńczo rozsiane, lub też zlewające się ze sobą w małe ogniska, po większej części rozdrapane, przeważnie zawierające włos w swym środku.



Przyp. 1.

W płucach nic szczególnego, serce wypukowo wykazuje powiększenie lewej granicy na jeden palec, nieznaczne na prawo, tony serca czyste.

Tarczyca wyraźnie powiększona, wrażliwa na dotyk. Drżenie i trzeszczenie palców rąk, rzadkie uderzenie powiek, tętno przyśpieszone (przeszło 80), źrenice rozszerzone, błyszczące.

Tętno 84/104, 84/100, 88/80 przed i po ucisku na gałki oczne. Po wstrzyknięciu 1.2 mg atropiny dożylnie tętno 120/150/113, po wstrzyknięciu 1.6 mg — tętno 124/164/124, 124/150/124 — 126. Źrenice rozszerzone, zaczerwienienie twarzy, suchość w gardle.

2. IX. 29. Cukru we krwi naczczo 0.87‰, 30' po podaniu 25 g glukozy doustnie wedle metody Maranona cukru we krwi 1.36‰, po 60' 0,90‰, po 90' 0.65‰.

Cholesteryny całkowitej w surowicy krwi naczczo 1.37‰ kwasu moczowego we krwi 2.5‰, azotu pozabiałkowego 30 mg %. Morfologiczne badanie krwi wykazało: krwinek czerwonych 4.500.000, białych 7.900, z tych obojętnochłonnych 63%, kwasochłonnych 3%, zasadochłonnych 2%, limfocytów 27%, przejściowych 5%. Po śniadaniu Ewalda ilość treści żołądkowej wydobytej 30 cm³, kwasota ogólna 44°, kwas solny wolny 30°, liczne ziarna skrobi.

5. IX. 29. Morfologiczne badanie krwi: krwinek czerwonych 3.900.000, białych 8.300, z tych obojętnochłonnych 61%, kwasochłonnych 6%, limfocytów 26%, jednojądrzastych i przejściowych 7%.

14. IX. Silne swędzenie przed rozpoczęciem menstruacji. Skóra w okolicy obydwu pach i części płciowych silnie rozdrapana, pokryta strupkami.

19. IX. Morfologiczne badanie krwi wykazuje: krwinek czerwonych 2,820.000, białych 7.250, z tych obojętnochłonnych 71%, kwasochłonnych 9%, limfocytów 24%, monocytów 6%.

24. IX. Cholesteryny w surowicy krwi naczczo 0,92‰, kwasu moczowego we krwi całkowitej 2.4‰, mocznika 39.5 mg %, azotu pozabiałkowego 42.8 mg %.

Cukru we krwi naczczo 0.89‰; 30' po podaniu 25 g glukozy 1.20‰; po 60' 0.79‰, po 90' 0.61‰.

Chora uskarża się na silne i dokuczliwe swędzenie w okolicy pach, brodawek sutkowych i części płciowych. Liczne ślady drapania w wymienionych okolicach. Objektywnie brak wszelkiej poprawy po dotychczas przeprowadzonem leczeniu maściami, zastrzykami śródmięśniowemi krwi własnej lub mleka w ilości 5—10 cm³ co 2—3 dni, względnie po podaniu licznych tabletek jajnikowych. Ze względu na obecność u chorej objawów lekkiej nadczynności tarczycy oraz opierając się na doświadczeniu własnem, wykazującem doskonały wpływ insuliny na zniknięcie świądu [1]), zastosowaliśmy w tym przypadku insulinę w ilości 20 jednostek podskórnie; na początku leczenia podawaliśmy jednocześnie 10 cm³ 10% glukozy dożylnie, później zaś samą insulinę w wzrastających dawkach.

29. IX. Już po pierwszych wstrzyknięciach insuliny swędzenie podczas dnia znikło zupełnie by powrócić w nocy. Nadal insulina w ilości 20—30 jednostek raz dziennie.

31. X. Chora otrzymała przeszło 30 wstrzyknięć insuliny z tym wynikiem, że podczas dnia nie odczuwa wcale swędzenia, tylko w nocy zmuszona jest się drapać zwłaszcza w okolicy części płciowych. Miejscowo objektywna poprawa.

W okolicy prawej pachy większość guzków przypłaszczona, barwy różowej, niektóre guzki wchłonięte z pozostawieniem lekkiej pigmentacji. W okolicy lewej pachy poprawa, lecz w mniejszym stopniu, guzki również przypłaszczone, po części zlewają się ze sobą, barwy różowej lub szarawo-różowej; gdzie niegdzie ślady drapania.

Brodawki sutkowe — również poprawa; tylko pojedyncze guzki aż do krwi rozdrapane na obwodzie obydwu brodawek.

Natomiast nieznaczne polepszenie w okolicy płciowej.

2. XI. Biopsja niezmienionych guzków w okolicy prawej pachy.

8. XI. Naciek wielkości gołębiego jaja w okolicy prawej pachy po części chełbocący, po nakłuciu którego wydobywa się nazewnątrz zielonkawa ropa.

14. XI. Po dwóch wstrzyknięciach propidonu, względnie mleka śródmięśniowo, nastąpiło zupełne wchłonięcie nacieku.

Od 15. XI. 29. do 8. III. 30. chora nie leczyła się wcale.

8. III. 30. Objektywnie bez zmian. W pachach zupełny brak owłosienia.

Morfologiczne badanie krwi wykazało: krwinek czerwonych 3.900.000, białych 8.300, z tych obojętnochłonnych 61%, kwasochłonnych 6%, limfocytów 26%, jednojądrzastych i przejściowych 7%.

2. IV. Cukru we krwi 0.9‰. Krwinek czerwonych 4,400.000, białych 4.100, z tych obojętnochłonnych 57%, kwasochłonnych 7%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 31%, jednojądrzastych 4%.

Od 8. III. do 2. IV. Chora otrzymywała nadal insulinę podskórnie. Z początku wpływ insuliny na zmniejszenie swędzenia był nadal dodatni, jednakowoż działanie to było coraz słabsze, tak że należało stosować coraz większe dawki, dochodzące do 60 jedn. raz dziennie. Wobec tego zaprzestano wstrzykiwań insuliny i zastosowano naświetlania lampą kwarcową.

6. IV. 30. Chora dotychczas otrzymała 5 naświetlań. Obecnie zaznacza się dalsza poprawa. W okolicy prawej pachy, w środkowej jej części, większość guzków częściowo wchłonięta, na obwodzie zaś widoczne są pojedyńcze płaskie guzki barwy bladoróżowej, wielkości łepka szpilki do ziarnka maku, lekko łuszczące się, względnie pokryte strupkami. W okolicy lewej pachy część guzków zupełnie wchłonięta, niektóre z nich przypłaszczone, względnie rozdrapane.

Tętno 76/76 w pozycji stojącej, 76/74 w pozycji leżącej przed i po ucisku na gałki oczne. Po wstrzyknięciu 1.6 mg atropiny tętno 126/144/126. Źrenice znacznie rozszerzone, zawroty głowy.

6. V. 30. Tętno 96, po wstrzyknięciu dożylnem 0.75 cg pilokarpiny tętno 114 po upływie minuty. Uczucie gorąca, mdłości, z nosa surowiczy wyciek, łzawienie, zaczerwienienie skóry, lekkie pocenie się na czole, w pachach i między piersiami, natomiast na całem ciele brak pocenia. Tętno po 5' 104, po 10' 100, po 20' 104, dreszcze, lekkie pocenie się na zgięciach łokciowych, po 35' śliny 65 cm³.

Chora nie odczuwa większego swędzenia niż przed zastrzykiem.

4. VI. 30. Chora otrzymała 20 naświetlań lampą kwarcową. Stan bez zmian, swędzenie jeszcze istnieje, zwłaszcza w nocy. Stwierdza się w okolicy obydwu pach liczne krótkie, świeżo odrastające włosy. Zaprzestano naświetlać lampą kwarcową i rozpoczęto znowu leczenie insuliną [2]).

18. VI. 30. Chora dotychczas otrzymała 3 wstrzyknięcia insuliny (25—30 jednostek). Swędzenie znikło zupełnie podczas dnia, w nocy zaś jest ono znośne.

Po wstrzyknięciu podskórnem 1 mg adrenaliny wystąpiły następujące zmiany:

Ciśnienie (Boulitte) przed wstrzyknięciem 125/95, 3 minuty po wstrzyknięciu 135/90, po 10 minutach 130/80, po 30 minutach 130/75, po 45 minutach 125/75, czyli nieznaczne podwyższenie maksymalnego ciśnienia, a bardziej wydatne obniżenie ciśnienia minimalnego. Przyśpieszenie tętna o 22 uderzenia w przeciągu pierwszych minut po wstrzyknięciu (112 przeciwko 90). Poza tem zaznaczone drżenie palców, wybitna bladość twarzy, dreszcze, silne bicie serca, bóle głowy, ogólne osłabienie. Rzecz ciekawa, że chora odczuwała 20 minut po zastrzyku adrenaliny nader gwałtowne swędzenie w okolicy obydwu pach i części płciowych do tego stopnia, że w naszej obecności zmuszona była się drapać. Przy tej okazji można było stwierdzić, że w okolicy obydwu pach, zwłaszcza prawej, gdzie zmiany wsteczne były bardziej zaznaczone, drapanie spowodowało wyraźne uwydatnienie się drobnych pojedyńczych guzków, zarówno jak ich linijnego ułożenia.

20. VI. 30. Chora, która jest inteligentna i dobrze siebie obserwuje, podaje, że od 2 tygodni pocenie w okolicy obydwu pach, zarówno jak w okolicy części płciowych jest niewątpliwie zwiększone, podczas gdy na całem ciele jest ono minimalne.

Stosuje się nadal insulinę w ilości 20 jednostek raz dziennie.

28. VI. 30. Chora jest bardzo nerwowa i uskarża się nadal na swędzenie całego ciała z wyjątkiem okolic poprzednio zajętych. W okolicy pach swędzenia brak, zaś w okolicy płciowej jest ono słabe. Tego samego rodzaju antagonizm zaznacza się w stosunku do pocenia. Podczas gdy na całem ciele, z wyjątkiem twarzy i przedniej części klatki piersiowej, pocenie jest minimalne, stwierdza się znacznie zwiększone wydzielanie potu w okolicy pach i części płciowych. Poza tem skonstatować można odrastanie włosów w tychże miejscach. Chora podaje, że wypadanie włosów w okolicy płciowej ustało zupełnie.

30. VI. 30. Znacznie spotęgowane swędzenie w okolicach zajętych przed menstruacją. Objektywnie stwierdza się lekkie pogorszenie objawów chorobowych zwłaszcza na zewnętrznych częściach płciowych.

9. VII. 30. Cukru we krwi naczczo 0.85‰, morfologiczne badanie krwi wykazało: ciałek czerwonych 4,300.000, białych 6.400, z tych obojętnochłonnych 64%, kwasochłonnych 9%, limfocytów 24%, jednojądrzastych 3%. Stan bez zmian.

20. VIII. 30. Dalsze pogorszenie. Napady świądu występują często zwłaszcza w nocy. W okolicy pach, jak i części płciowych stwierdza się obecność licznych drobnych pojedyńczo rozsianych guzków, po części rozdrapanych i pokrytych strupkami.

Badanie krwi: krwinek czerwonych: 3,950.000 białych 5.900, z tych obojętnochłonnych 48%, kwasochłonnych 10%, limfocytów 41%, monocytów 1%.

13. IX. 30. Po naświetlaniu tarczycy prom. Roentgena brak poprawy. Swędzenie znacznie silniejsze, chora nie może sypiać nocami z powodu ustawicznego drapania. Objektywnie znaczne pogorszenie, wobec czego zastosowano miejscowe naświetlania prom. Roentgena.

9. XI. 30. Chora była trzykrotnie naświetlona prom. Roentgena (w pracowni rentgenoterapeutycznej Kasy Chorych) w odstępach dwutygodniowych (ostatni raz 28. X.) w okolicy obydwu pach i łonowej. 3 dni po pierwszem naświetlaniu wystąpił w okolicy prawej pachy twardawy, bolesny naciek, który się powiększył po drugiem naświetlaniu i nie znikł po trzeciem. Obecnie stwierdza się w okolicy prawej pachy guz wielkości orzecha laskowego, kształtu okrągłego, niebolesny na ucisk. Natomiast poprzednio znajdujące się na skórze guzki są przypłaszczone, barwy różowej, niektóre z nich poniekąd wchłonięte z pozostawieniem lekkiej pigmentacji. Zupełny brak owłosienia w obydwu pachach. W okolicy części płciowych znaczne pogorszenie. Również w tej okolicy wystąpiły po pierwszym naświetlaniu prom. Roentgena trzy twardawe, nieco bolesne guzy, które po następnem naświetlaniu powiększyły się do wielkości orzecha laskowego. Guzy te uległy wchłonięciu bez ropienia z pozostawieniem nieznacznego nacieku.

8. II. 31. Po ponownem naświetleniu prom. Roentgena wystąpiły znowu dwa guzy, wielkości bobu do orzecha laskowego,

[1]) S. Neumark: P. G. L. 1927, Nr. 27. Derm. Woch. 1928, Nr. 16.

[2]) Chora w tym stanie była demonstrowana na Zjeździe P. T. D. w Łodzi, dnia 8 czerwca 1930 r.

w okolicy części płciowych oraz w obydwu pachach; guzy te po pewnym czasie znikły po okładach, względnie uległy samoistnemu wchłonięciu. Natomiast w okolicy lewej pachy guz ten twardy i bolesny powiększył się do wielkości jaja gołębiego. Po wstrzyknięciu śródmięśniowem propidonu, po którym wystąpiła nader silna reakcja, wymienione zmiany zapalne znikły zupełnie po kilku dniach.

28. III. 31. Stan po naświetlaniach prom. Roentgena: w obydwu pachach zwłaszcza w środkowej ich części znaczna poprawa; większość guzków wchłonięta z pozostawieniem plam barwy szarawo-różowej, gdzie niegdzie wyczuwa się jeszcze lekki naciek. Dokoła brodawek sutkowych — bez zmian. Najgorzej się przedstawia sprawa w okolicy części płciowych. Liczne rozsiane guzki wielkości małego ziarnka grochu, kształtu okrągłego, miejscami zlewające się ze sobą w większe ogniska. Nader silne i dokuczliwe swędzenie, tak że chora w nocy często się budzi. Chora uskarża się na silne osłabienie i bóle głowy. Poci się bardzo rzadko, zwłaszcza pod pachami.

15. IV. Cukru we krwi naczczo 0.95‰, 30' po podaniu 25 g glukozy 1.43‰, po 60' 1.25‰, po 90' 1.25‰. Morfologiczne badanie krwi: krwinek czerwonych 4.100.000, białych 4.600, z tych obojętnochłonnych 65%, kwasochłonnych 5%, zasadochłonnych 22%, przejściowych 6%.

1. V. 30. Objektywnie bez zmian. Cholesteryny w surowicy krwi 1.45‰. CO_2 we krwi — 63.2%.

13. V. 30. Dalsza objektywna poprawa w okolicy pach i części płciowych zewnętrznych po następnych dwóch naświetlaniach prom. Roentgena i podaniu tabletek jajnikowych. Pocenie w okolicy pach jest nieco zwiększone.

Morfologiczne badanie krwi: krwinek czerwonych 4.700.000, białych 4.100, z tych obojętnochłonnych 66%, kwasochłonnych 7%, limfocytów 26%, przejściowych 1%.

Cukru we krwi naczczo 0.82‰, 30' po podaniu 25 g glukozy — cukru we krwi 1.20‰, po 60' 1.02‰ po 90' 1.17‰.

Cholesteryny całkowitej w surowicy krwi 1.32‰.

P r z y p a d e k II. Sk. Z., lat 20. 4. X. 29. W końcu 1928 r. chora przybyła do ambulatorjum Kasy Chorych z kiłą drugorzędną *(papulae erosivae ad vulvam et anum)*. Przed zakończeniem pierwszego leczenia uskarżała się na swędzenie w okolicy obydwu pach. Stwierdzono wówczas *phtiriasis axillarum*. Odbyła ostatnie leczenie od 6. IV. do 20. VII. 1929.

Odczyn Wa wówczas był ujemny. Obecnie leczy się na rzeżączkę. Zmiany w pachach wystąpiły przed 3 miesiącami; 1—2 dni przedtem chora odczuwała silne swędzenie i zwiększone pocenie się pach. Swędzenie było jednakowego natężenia podczas dnia i w nocy, o charakterze napadowym; pocenie zaś średniego stopnia. Perjod od 15 roku życia, od roku zaś nieprawidłowy, często co $1^1/_2$ miesiąca, niekiedy co 2 miesiące, trwa cały tydzień, niekiedy tylko 4 dni, bardzo bolesny.

Status praesens. Chora średniego wzrostu, fizycznie średnio rozwinięta, bardzo nerwowa; przy zdenerwowaniu odczuwa mdłości i silne bicie serca, cała się przytem trzęsie. Tarczyca niepowiększona, lecz wyczuwalna i wrażliwa na dotyk. Chora podaje, że schudła znacznie od czasu wystąpienia wysypki guzkowej na skórze.

W okolicy obydwu pach, poniżej i powyżej tychże, liczne drobne guzki, linijnie ułożone, barwy cielistej lub szarawo-różowej, wielkości łebka szpilki do ziarnka maku o wyglądzie stożkowatym lub półkulistym z drobnym czopkiem rogowym pośrodku; po przesunięciu palcem ma się wrażenie tarki. Pomiędzy palcami daje się z tych guzków wycisnąć szarawo-biaława masa. Owłosienie pach skąpe, włosy krótkie, jakby odłamane.

W okolicy obydwu brodawek sutkowych, nieco poza ich otoczką *(aureola)* drobne guzki wielkości łepka szpilki do ziarnka maku barwy cielistej z maleńkiem wgłębieniem pośrodku. Części płciowe bez zmian.

Badanie morfologiczne krwi wykazało: krwinek czerwonych 4,600.000, białych 9.800, z tych obojętnochłonnych 70%, kwasochłonnych 3%, limfocytów 20%, jednojądrzastych i przejściowych 7%.

Badanie krwi z dnia 8. XI: krwinek czerwonych 3,900.000, białych 12.500, z tych obojętnochłonnych 70%, kwasochłonnych 1%, limfocytów 25%, jednojądrzastych i przejściowych 4%.

21. X. 29. Kwasu moczowego we krwi całkowitej naczczo 2.8‰, mocznika 38.5‰, cholesteryny w surowicy krwi 1.53‰.

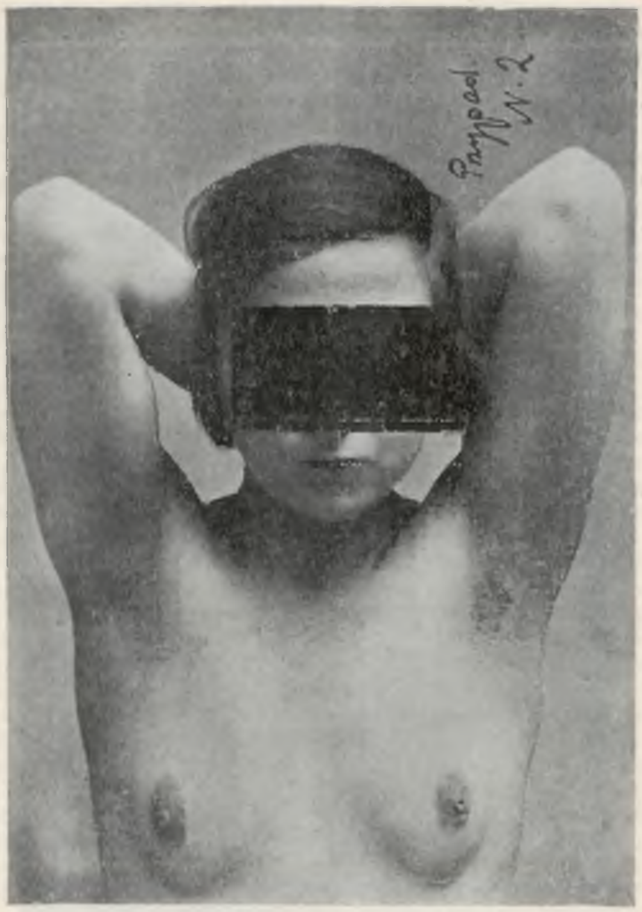
23. X. 29. Cukru we krwi naczczo 0.85‰, 30' po podaniu 25 g glukozy doustnie 1.29‰, po 60' 1.02‰, po 90' 0.87‰.

3. IV. 30. Stan chorobowy bez zmian. Morfologiczne badanie krwi wykazało: krwinek czerwonych 4,700.000, białych 6.400, z tych obojętnochłonnych 69%, kwasochłonnych 1%, zasadochłonnych 1%, limfocytów 21%, jednojądrzasytch 8%.

Cukru we krwi 0.91‰, po 30' po podaniu 25 glukozy doustnie 1.30‰, po 60' 0.91‰, po 90' 0.86‰.

16. IV. 30. Kwasu moczowego we krwi całkowitej naczczo 3.0‰, po 30' 3.25‰.

4. V. 30. Świeże guzki kształtu stożkowatego na obwodzie obydwu pach. Swędzenie średniego stopnia.



Przyp. 2.

P r z y p a d e k III. Gl. G., 26 lat. 8. IV. 29. Cierpienie skóry datuje od 22 roku życia. Perjod od 11 roku życia, regularny, trwa 2—3 dni, skąpy. Od tego czasu często występowało swędzenie skóry w okolicy pach, tak że chora zmuszona była ustawicznie się drapać. Od 15-go roku życia silniejsze pocenie pach. Podczas menstruacji swędzenie nie jest wzmożone. Zwiększone pocenie występuje natomiast nietylko w pachach oraz na górnej wardze, lecz i na skórze głowy owłosionej przed i podczas menstruacji oraz w stanach zdenerwowania.

Naogół zdrowa, lecz bardzo nerwowa, trochę anemiczna, od czasu do czasu cierpi na bóle głowy, uskarża się również na bóle w stawach i mięśniach. *Obstipatio habitualis.*

Tarczyca powiększona, miękka, źrenice rozszerzone, błyszczące, reagują na światło, lewa źrenica szersza niż prawa, drżenie oraz lekkie trzeszczenie palców rąk, odruchy kolanowe bardzo żywe.

Objektywnie stwierdza się w okolicy obydwu dołków pachowych zmiany skóry, polegające na wystąpieniu drobnych guzków wielkości łebka szpilki do ziarnka prosa, kształtu półkulistego lub okrągłego, barwy cielistej lub szaro-różowej o linijnem ułożeniu, umiejscowione dokoła ujść mieszków włosowych, pojedyńczo rozsiane lub też łączące się ze sobą, tworząc poletkowatą powierzchnię. Poza obrębem pach, nieco wyżej i niżej tychże widoczne drobne guzki tego samego charakteru. Skóra pach nieco przebarwiona, owłosienie bardzo skąpe. Silne swędzenie zmuszające chorą do ustawicznego drapania.

Stan ten istnieje bez zmian w przeciągu ostatnich 4 lat.

20. IV. Naświetlono obie pachy promieniami Roentgena dawką $^1/_2$ HED poprzez 1 mm Al. Obecnie pocenie w pachach nieco mniejsze, swędzenie nadal istnieje, zwłaszcza wieczorem. Stan objektywny bez zmian.

12. V. Perjod. Guzki w obydwu pachach widocznie powiększone, bardziej wyraźnie się odznaczające, zarówno jak ich linijne ułożenie. Pocenie większe. Chora podaje, że po powtórnem naświetlaniu dnia 7. V. 29. dawką 3 H poprzez 1 mm Al. swędzenie

i pocenie w pachach znacznie się zmniejszyło. Perjod bezbolesny, trwa 2 dni.

11. VI. Naświetlana była ponownie w pracowni rentgenoterapeutycznej Kasy Chorych dnia 26. VI. 29. Po upływie 5 dni wytworzył się naciek w okolicy lewej pachy, wielkości gołębiego jaja, chełbocący w swej środkowej części, skąd po nacięciu wydobywa się zielonkawa ropa.

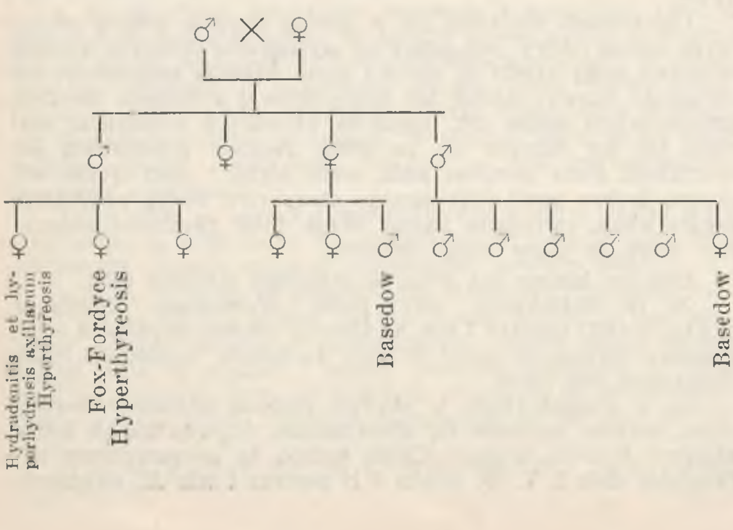


Przyp. 3.

1. VIII. Po wstrzyknięciu śródmięśniowem terpichiny nastąpiło zupełne wchłonięcie nacieku.

Obecnie większość zachowanych jeszcze włosów w okolicy pach wypadła, tak że pozostały tylko pojedyńcze, cienkie i połamane włoski. Guzki są nieco mniejsze, przypłaszczone, ujścia przewodów gruczołów potowych miejscami wyraźnie rozszerzone. Silne swędzenie, natomiast pocenie o wiele słabsze.

7. IX. Tętno 76/82, 76/76 przed i po ucisku na gałki oczne. Po wstrzyknięciu 1.2 mg atropiny dożylnie tętno 120/126/120. Ciśnienie krwi (Boulitte) Max. — 110, Min. 90. Cholesteryny w surowicy krwi naczczo 2.30‰ (2.88‰ dnia 24. IV. 29.).



Aczkolwiek pierwsze przypadki choroby Fox-Fordyce'a opisane były w roku 1902 oraz później w roku 1909, dopiero od roku 1920 zaczęły się mnożyć dalsze spostrzegane i przez autorów opublikowane przypadki, tak że do roku 1922 opisanych było wszystkiego 18 przypadków. Kiess w swej pracy z roku 1924 podaje statystykę z 24 przypadków; Engelhardt zaś w roku 1927 zebrał już 76 przypadków, wymienionych w piśmiennictwie. Od tego czasu zanotowałem jeszcze 30 przypadków ogłoszonych, tak że obecnie ilość spostrzeganych i opisanych przypadków choroby Fox-Fordyce'a wynosi ponad 100. Cierpienie to dotyczy przedewszystkiem kobiet, znacznie rzadziej mężczyzn (w 11 przypadkach), a więc mniej więcej w stosunku 10%. Co się zaś tyczy wieku chorych, choroba Fox-Fordyce'a występuje po 12 roku życia, rzadziej od 35—50 roku, w pojedyńczych przypadkach powyżej 50 lat, zaś w jednym wyjątkowym przypadku (Hirschfeld) w 67 roku życia. W naszych trzech przypadkach, dotyczących wyłącznie kobiet, cierpienie skóry wystąpiło w wieku pomiędzy 20—30 lat. Należy przytem podkreślić ten szczegół, że u jednej chorej (przypadek Nr. 3) dość uciążliwe swędzenie w okolicy obydwu pach istniało od 11 roku życia t. j. od czasu pojawienia się pierwszej menstruacji; dopiero 11 lat później ukazała się wysypka drobnoguzkowa w wymienionych miejscach. Tego rodzaju spostrzeżenia wskazują na pewien przyczynowy związek istniejący pomiędzy występowaniem objawów chorobowych skóry, a stanem czynnościowym gruczołów płciowych. Na korzyść tego przypuszczenia świadczy poza tem cały szereg innych danych: częste opóźnienie pierwszej menstruacji (niekiedy w wieku 18—20 lat — Jung, Schönstein, Konrad i inni), nieregularny i bolesny jej przebieg (jak naprzykład w naszym przypadku Nr. 2), natomiast powrót do prawidłowego cyklu menstruacyjnego po wyleczeniu cierpienia skóry (Brauer, Konrad), nie rzadko spostrzegane objawy infantylizmu i impotencji płciowej (onanizm, względnie brak pociągu płciowego, j. n. w przypadkach Türcka, Chorążaka i Ostrowskiego, Schönsteina, Lortat-Jacob i Gastinela, zarówno jak i u naszej pierwszej chorej). Wystąpienie choroby Fox-Fordyce'a jednocześnie z pierwszą menstruacją (Brauer), względnie po menopauzie (Pautrier, Hirschfeld), spotęgowanie swędzenia bezpośrednio przed menstruacją (Matras, Rostenberg, Schönstein, zarówno jak i w naszym przypadku Nr. 1.), powiększenie guzków w pachach podczas menstruacji, co miałem możność stwierdzić w jednym obserwowanym przypadku (Nr. III) — wszystkie tego rodzaju spostrzeżenia i niektóre inne (Senear i Wien, Guy i Jacob) świadczą za tem, *że zaburzenia czynnościowe gruczołów płciowych, zwłaszcza jajników w sensie zmniejszonej, względnie wadliwej czynności odgrywają nader ważną rolę w powstawaniu objawów choroby Fox-Fordycea.* W tym związku nie jest zbytecznem przypomnieć charakterystyczny szczegół, dotyczący naszej pierwszej chorej, która będąc seksualnie zupełnie niewrażliwa, tem niemniej odczuwała żywe zadowolenie płciowe drapiąc się gwałtownie w okolicy części płciowych wskutek nagłych nader dokuczliwych napadów świądu. Spostrzeżenie to jest do pewnego stopnia zbliżone do innego, dotyczącego jednej z chorych Schönstein'a, która odczuwała silne swędzenie w okolicy obydwu pach podczas każdorazowego stosunku płciowego.

Oprócz gruczołów płciowych prawdopodobnie zaburzenia czynnościowe gruczołu tarczycowego również posiadają wielkie znaczenie w etjologji choroby Fox-Fordyce'a. Szereg autorów (Jung, Louste, Lévi-Franckel i Caillou) wskazuje na istnienie w niektórych przypadkach objawów nadczynności tarczycy, względnie lekkich postaci Basedowa. Netherthon stwierdził w swym przypadku poprawę stanu chorobowego skóry po tyreoidektomji. Schönstein skonstatował u jednej chorej zwiększenie przemiany podstawowej o 15%. Natomiast Venturi nadmienia, że u jego chorej istniały objawy niedomogi, względnie wadliwej czynności tarczycy i że po podaniu wyciągu tarczycowego podskórnie, po kilku miesiącach nastąpiła znaczna poprawa.

Pośród własnych trzech przypadków choroby Fox-Fordyce'a u jednej chorej (Nr. 3) objawy hipertyreoidalne były wyraźnie zaznaczone. Należy przytem podkreślić, że u siostry chorej, cierpiącej od szeregu lat na nadmierne pocenie pach powikłane zapaleniem gruczołów potnych, obecne były objawy nadczynności tarczycy, wprawdzie mniej zaznaczone. Poza tem niektórzy członkowie bliskiej rodziny wymienionej chorej (kuzyn i kuzynka) cierpieli na chorobę Basedowa. Również i u drugiej chorej (Nr. 1) istniał wyraźny stan hipertyreoidalny (powiększenie tarczycy, przyśpieszenie tętna, drżenie palców, rzadkie uderzenie powiek, rozszerzenie źrenic etc.). Natomiast w trzecim przypadku (Nr. 2) tarczyca nie była powiększona, aczkolwiek wrażliwa na dotyk, chora jednak schudła od czasu wystąpienia wysypki drobnoguzkowej w okolicy pach. *Spostrzeżenia nasze przemawiają więc na*

korzyść poglądu, iż nie tylko zaburzenia czynnościowe jajników w sensie hipo lub dysfunkcji, lecz i nadczynność, względnie wadliwa czynność gruczołu tarczycowego odgrywa podstawową rolę w etjologji choroby Fox-Fordyce'a.

Opracowując nasze przypadki wykonaliśmy cały szereg badań w celu ujawnienia pewnych danych, mogących być może przyczynić się do wyjaśnienia patogenezy choroby Fox-Fordyce'a. Często powtarzane morfologiczne badania krwi wykazały naogół prawidłowy obraz, z wyjątkiem eozynofilji mniej lub więcej zaznaczonej (do 10%), w związku z natężeniem świądu. Określenie glikemji pokarmowej, dokonane kilkakrotnie u dwóch chorych, wykazały naogół prawidłową czynność wydzielniczą wysepek Langerhans'a. Po podaniu 25 g glukozy naczczo wedle metody Maranona poziom cukru we krwi po upływie godziny powracał do normy, by niekiedy ulec następowemu obniżeniu (u I-ej chorej), co wskazuje zgodnie z wynikami badań Staub'a, Falty, Depisch'a i Hasenörl'a i innych autorów na dostateczne wydzielanie insuliny do obiegu krwi. Rzecz ciekawa, że u tej samej chorej jednocześnie ze znaczną poprawą stanu chorobowego, zwłaszcza w okolicy pach, oraz ze zmniejszoną eozynofilją we krwi stwierdziliśmy przedłużoną reakcję glikemiczną po podaniu 25 g glukozy naczczo (zawartość cukru we krwi po $1^1/_2$ godzinach przewyższało o 0.2—0.3‰ poziom początkowy).

Również zachowanie się poziomu kwasu moczowego, mocznika oraz azotu pozabiałkowego we krwi po przeprowadzonej kilkudniowej możliwie bezpurynowej diecie było zupełnie prawidłowe. Co się tyczy cholesterynemji, stwierdziliśmy u jednej chorej z początku nieco obniżony poziom cholesteryny całkowitej w surowicy krwi — 0.92—1.37‰, (1.45‰ dnia 1. V. 31.), u drugiej — prawidłową jej zawartość (1.53‰), u trzeciej zaś — wyraźną hipercholesterynemję (2.30—2.88‰), jednakże chora ta poprzednio brała przez dłuższy czas przetwory jajnikowe. Te kilka wyników nie upoważniają do jakichkolwiek wniosków, zaznaczyć jednak należy, że badania, dotyczące przemiany tłuszczów i lipoidów w przebiegu choroby Fox-Fordyce'a nie są pozbawione pewnego znaczenia, biorąc pod uwagę udział gruczołów apokrynowych w wydzielaniu cholesteryny nazewnątrz.

Niejednokrotne badania stanu czynnościowego układu nerwowego wegetatywnego wedle metody Daniélopolu wykazały u dwóch chorych amfotonję, poniekąd w sprzeczności z odruchem oczno-sercowym. Natomiast w pierwszym przypadku amfotonja ta dała się uzgodnić z wynikami badań zapomocą pilokarpiny i adrenaliny u tej samej chorej. W tym wypadku reakcja na pilokarpinę była dość zaznaczona, chora jednak nie odczuwała po wstrzyknięciu pilokarpiny większego swędzenia, niż przed badaniem; poza tem pocenie było naogół słabe, zwłaszcza w okolicy pach. Badanie zapomocą adrenaliny wykazało zwiększoną pobudliwość układu współczulnego. Rzecz ciekawa, że 20 minut po podskórnem wstrzyknięciu adrenaliny, wystąpiło znaczne spotęgowanie swędzenia oraz wyraźne powiększenie guzków, poprzednio po większej części wchłoniętych, względnie przypłaszczonych, zwłaszcza w okolicy pach. Powiększenie się guzków dokoła brodawek sutkowych było niejednokrotnie stwierdzone przez chorą podczas gwałtownych napadów świądu. Tego samego rodzaju spostrzeżenia były uczynione również przez Chorążaka i Ostrowskiego, Engelhardta i innych autorów. Wyżej wymienione spostrzeżenia posiadają pewne znaczenie, gdyż *świadczą poniekąd o roli nadnerczy w etjologji choroby Fox-Fordyce'a i tem samem przyczyniają się do ugruntowania koncepcji tej dermatozy, jako schorzenia wielogruczołowego.*

Poza tem prawdopodobnie szereg innych czynników o drugorzędnem znaczeniu odgrywa pewną rolę w powstawaniu zmian chorobowych skóry. Pomiędzy temi czynnikami należy wymienić częste i uporczywe zaparcia stolca, trwające niekiedy szereg lat (Tyjnenko, P. W. Schmidt, spostrzeżenia własne i t. d.). W przypadku opisanym przez Tyjnenkę, uregulowanie czynności perystaltycznej jelit spowodowało każdorazowo znaczną poprawę stanu chorobowego. Przyjąć należy, iż tego rodzaju zaparcie stolca w przypadkach choroby Fox-Fordyce'a polega na zaburzeniu równowagi w układzie roślinnym z przewagą układu współczulnego w związku z wadliwą czynnością pewnych gruczołów dokrewnych (gruczoły płciowe, tarczyca, nadnercza), wywierających wpływ na napięcie mięśni gładkich oraz na perystaltykę jelit.

Następnie należy zaznaczyć stosunkową częstość stanów zapalnych (czyraczność, względnie zapalenie gruczołów potnych), zwłaszcza w okolicy pach w przebiegu choroby Fox-Fordyce'a (Jung, Hinze, Netherthon, Engelhardt i inni). W jednym z naszych przypadków wystąpił w okolicy prawej pachy naciek wielkości jaja gołębiego kilka dni po dokonanej biopsji; z tego też względu powikłanie to może być uważane jako zwykły epizod bez żadnego specjalnego związku z predyspozycją terenu. Natomiast u tej samej chorej, zarówno, jak i w drugim przypadku (Nr. 3) kilkakrotnie wystąpiły objawy zapalne w postaci nacieków płaskich lub guzowatych, wielkości orzecha laskowego do jaja gołębiego, twardych lub też w swym środku chełboczących, poczęści wchłaniających się samoistnie bez ropienia lub po uprzednniem całkowitem zropieniu, względnie w krótkim czasie znikających, po wstrzyknięciu propidonu lub mleka. Wymienione objawy zapalne w okolicy pach i części płciowych zewnętrznych występowały u tych chorych kilkakrotnie, lecz nie każdorazowo po naświetlaniu prom. Roentgena miejsc schorzałych.

Tego rodzaju spostrzeżenia są bardzo ciekawe; można je objaśnić bądź biotropicznem działaniem prom. Roentgena w sensie spotęgowania żywotności licznych drobnoustrojów, znajdujących się stale na powierzchni skóry (wedle teorii Miliana), bądź też zmianami czynników lokalnych, j. n. występowaniem odczynu mniej kwaśnego, względnie alkalicznego potu w zależności od stanu czynnościowego gruczołów potnych apokrynowych i ekkrynowych oraz w związku ze zaburzeniami w wydzielaniu lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny przez gruczoły potne i łojowe po naświetlaniu. Wiadomo bowiem, że każdorazowy odczyn powierzchni skóry oraz stosunkowa zawartość lipoidów, a zwłaszcza cholesteryny naskórka w znacznym stopniu wpływa na jego zdolność obronną przed szkodliwem zadziałaniem wymienionych drobnoustrojów (Schade, Marchionini). W przeciwieństwie do Engelhardta sądzimy, że *występowanie objawów zapalnych w przebiegu choroby Fox-Fordyce'a uważać należy raczej jako wynik zaburzeń wydzielniczych gruczołów potnych apokrynowych, niż jako jedną z przyczyn tych zaburzeń.*

Dzięki rozległym i gruntownym badaniom Schiefferdecker'a należy odróżniać dwojakiego rodzaju gruczoły potne skóry u ludzi i u zwierząt ssących, mianowicie gruczoły apokrynowe i ekkrynowe. Do tych ostatnich należą małe gruczoły potne, rozrzucone u człowieka na całej skórze, do pierwszych zaś duże gruczoły potne, znajdujące się tylko w okolicy pach, dokoła brodawek sutkowych, na wzgórku łonowym, w okolicy dużych sromnych warg, dokoła pępka i odbytu. Pomiędzy temi dwoma rodzajami gruczołów potnych istnieją głębokie różnice ze względu na ich wygląd morfologiczny, ich czynność wydzielniczą i okresowość tej czynności, a również ze względów onto i filogenetycznych. Wydzielanie gruczołów apokrynowych w odróżnieniu od czysto płynnego sekretu gruczołów ekkrynowych odznacza się bogactwem części stałych komórkowych. Pod względem wydzielniczym stanowią gruczoły apokrynowe przejściowy typ pomiędzy gruczołami merokrynowemi, wydzielającemi płyn bez widocznych zmian komórkowych i holokrynowemi, w których cała zawartość komórek przemieniona zostaje w wydzielinę (j. n. w gruczołach łojowych).

Poza tem gruczoły ekkrynowe czynne są już bardzo wcześnie, bowiem zaraz po urodzeniu, zaś czynność wydzielnicza gruczołów apokrynowych rozpoczyna się dopiero w okresie dojrzewania płciowego. Istnieje więc niewątpliwy związek pomiędzy stanem czynnościowym gruczołów potnych apokrynowych, a gruczołów płciowych.

Spostrzeżenia czysto kliniczne, aczkolwiek niezmiernie ważne i ciekawe nie wystarczają jednakże do zupełnego wyjaśnienia patogenezy interesującego nas schorzenia skóry. W tym celu badania histologiczne mogą nam dać nader cenne wskazówki. Tego rodzaju badania wykonane zostały przez licznych autorów, zwłaszcza zaś przez H. Fischer'a i P. W. Schmidt'a, którzy bardzo szczegółowo opisali zmiany histologiczne typowe dla choroby Fox-Fordyce'a, tak że dalsze zajmowanie się tą sprawą mogłoby się okazać bezcelowe. Jednakże mając możność studjowania serjowych preparatów z dwóch biopsyj, uważaliśmy za pożądane wyjaśnić sobie stosunkową wartość różnych szczegółów histologicznych pod względem patogenetycznym. Przedewszystkiem należy być dobrze zaznajomionym z budową skóry prawidłowej okolicy pachowej u dorosłych, zwłaszcza u kobiet, by móc orzec co należy uważać jako obraz prawidłowy lub patologiczny, badając mikroskopowo skórę chorej pachy.

Badanie mikroskopowe normalnej skóry pachy kobiecej odznaczającej się od pewnego czasu nadmiernem poceniem wykazuje liczne duże gruczoły potne t. zw. apokrynowe w różnym okresie wydzielniczym. Gruczoły te składają się z cewek o szerokiem świetle, wyścielonych nabłonkiem, składającym się z jednego rzędu komórek kształtu płaskiego, sześciennego, najczęściej cylindrycznego, stosownie do stanu czynnościowego wymienionych gruczołów. Nazewnątrz od tego nabłonka znajduje się warstwa komórek t. zw. mięśniowo-nabłonkowych mniej lub więcej obfitych, kształtu wrzecionowatego, o jądrach podłużnych, pałeczkowatych. Protoplazma komórek wydzielających jest drobnoziar-

nista: same komórki są często przerosłe, ich część dośrodkowa wykazuje wpuklenie w postaci brodawek lub maczug, wzrastających wgłąb światła cewki gruczołowej i ulegających następnie odsznurowaniu i oderwaniu od podstawy komórkowej. Te części komórkowe mniej lub więcej zwyrodniałe, zawierające jądra przeważnie piknotyczne lub też pozbawione jąder zostają następnie wyrzucone do światła gruczołu, gdzie ulegają zmieszaniu z płynną wydzieliną; znajdują się one w świetle cewek gruczołowych w postaci okrągłych kulek, oddzielnie rozsianych lub zlepionych ze sobą w większe konglomeraty koloidalne, niekiedy szczelnie je wypełniające. Obok tych cewek znajdują się liczne inne o nabłonku płaskim, o świetle znacznie rozszerzonem i zawierającem skrzepy koloidalne o jednorodnej lub siatkowatej budowie. Obecność warstwy komórek mięśniowo-nabłonkowych oraz tu i ówdzie rozsianych typowych komórek sześciennych o ziarnistej pierwoszczy wykazuje z pewnością, że rozchodzi się tutaj o tę samą cewkę gruczołową, lecz wyczerpaną i rozszerzoną wskutek intensywnego procesu wydzielniczego.

Błędnem jest więc mniemanie, że tego rodzaju rozszerzone cewki gruczołów apokrynowych, stwierdzone przez licznych autorów w przypadkach choroby Fox-Fordyce'a, uważać należy jako objaw patologiczny.

Gruczoły potne apokrynowe są zazwyczaj umiejscowione w głębszych warstwach skóry właściwej na pograniczu z tkanką podskórną i ułożone są w zraziki oddzielone od siebie przez tkankę łączną zawierającą włókna sprężyste. Małe gruczoły potne, t. zw. gruczoły ekkrynowe, znacznie mniej liczne, znajdują się w bardziej powierzchownych warstwach skóry właściwej. Przewód wydzielających gruczołów apokrynowych w odróżnieniu od przewodu gruczołów ekkrynowych przebiega zazwyczaj prostolinijnie i składa się z 2—3 warstw komórkowych, które znikają zaraz po wejściu przewodu do naskórka. Na poziomie naskórka przewód ten zazwyczaj towarzyszy włosowi. W okolicy ujść mieszków włosowych oraz przewodów wydzielających gruczołów apokrynowych stwierdza się lekkie bujanie sopli brodawkowych oraz nadmierne, względnie wadliwe rogowacenie powierzchownych warstw naskórka nieznacznego stopnia (akantoza, hiper i parakeratoza). Warstwa kolczasta naskórka wykazuje miejscami, zwłaszcza zaś w sąsiedztwie przewodu wydzielającego obrzęk między i śródkomórkowy. Badając serjowe preparaty skóry pachy zdrowej, stwierdzić można obecność rzadkich nacieków drobnokomórkowych, składających się przeważnie z limfocytów i komórek łącznotkankowych dokoła początkowego odcinka przewodu wydzielającego; nieznaczny naciek znajduje się również w warstwie powierzchownej skóry właściwej oraz w warstwie podbrodawkowej dokoła naczyń krwionośnych, zarówno jak dokoła sopli akantotycznych.

Jeżeli teraz badać pod względem histologicznym świeży przypadek choroby Fox-Fordyce'a (okolica pachy w przypadku Nr. 2), stwierdzić można tego samego rodzaju zmiany, lecz więcej zaznaczone, mianowicie nadmierne i miejscami wadliwe rogowacenie naskórka oraz rozrost warstwy kolczastej dokoła ujść przewodów gruczołów apokrynowych i mieszków włosowych; poza tem w warstwie podbrodawkowej i powierzchownej części skóry właściwej naciek drobnokomórkowy ułożony w postaci pasm lub smug, składający się z limfocytów, rzadkich plazmocytów i komórek łącznotkankowych. Zaznaczyć należy obecność mniej lub więcej obfitego nacieku dokoła wybujałych sopli brodawkowych oraz dokoła odcinka początkowego przewodu wydzielającego i gdzieniegdzie dokoła samych cewek gruczołowych. W głębszych warstwach skóry właściwej obok zwykłych odcinków gruczołowych znajdują się liczne cewki o komórkach jasnych, szczegółowo opisane przez B r a n c a i uważane przezeń jako odcinki przejściowe, łączące ze sobą cewkę gruczołową z przewodem wydzielającym. Rzecz ciekawa, że tego rodzaju odcinki przejściowe są w tym przypadku bardzo rozwinięte. Same cewki gruczołowe są wyścielane nabłonkiem sześciennym lub płaskim i nie wykazują w dostatecznym stopniu zmian morfologicznych, świadczących o wybitnej czynności wydzielniczej.

Natomiast badanie serjowych preparatów histologicznych skrawka skóry, wziętej z pachy innej chorej (przypadek Nr. 1.) wykazuje zmiany dalej posunięte i zwykle opisywane przez różnych autorów, tak że jest zbytecznem szczegółowo się o tem rozpisywać. W tym przypadku rozrost warstwy kolczastej (akantoza) dokoła ujść przewodów wydzielających jest bardziej uwydatniony jednocześnie ze zaznaczonem, wysepkowo ułożonem nadmiernem, względnie wadliwem rogowaceniem powierzchownych warstw naskórka (hiper i parakeratoza) w postaci czopów rogowych, wypełniających lejkowate wgłębienie ujść mieszków włosowych. W tych miejscach warstwa kolczasta wykazuje obrzęk śród- i międzykomórkowy z rozszerzeniem szczelin międzykomórkowych oraz z przeobrażeniem gąbczastem (spongioza), z następowem wytworzeniem drobniutkich pęcherzyków, zawierających gdzie niegdzie pojedyńcze limfocyty.

Dość znaczny naciek zapalny jest ułożony dokoła rozrosłych sopli brodawkowych oraz dokoła naczyń krwionośnych w warstwie podbrodawkowej i w skórze właściwej, zwłaszcza zaś dokoła początkowego odcinka przewodu wydzielającego. Nabłonek tego odcinka wykazuje miejscami nadmierne jednostronne bujanie w stronę światła przewodu, w postaci grzyba, składającego się z kilku szeregów komórek częściowo zwyrodniałych i złuszczających się. Dokoła tego rodzaju zmienionych odcinków przewodu wydzielającego, naciek drobnokomórkowy jest szczególnie gęsty i składa się z limfocytów, z plazmocytów i nielicznych fibroblastów.

Same gruczoły apokrynowe wykazują nabłonek płaski lub sześcienny i nie odznaczają się wybitną czynnością wydzielniczą, gdyż światła cewek wydzielających, względnie ich przewodów, rzadko są wypełnione masą koloidalną.

Wyniki tych badań nie przemawiają na korzyść koncepcji patogenetycznej choroby Fox-Fordyce'a, wysuniętej przez D e l b a n c o *i szczególnie bronionej przez* E n g e l h a r d t'a. Wedle tej teorji, opierającej się na częstem występowaniu spraw ropnych w przebiegu tego schorzenia, pierwszym jego objawem jest wczesne zaczopowanie ujść przewodów gruczołów apokrynowych wskutek poprzednio przebytego ropnego zapalenia skóry, względnie i innych czynników, j. n. mechanicznych, wskutek czego wydzielina tych gruczołów nie mogąc się wydostać na zewnątrz ulega dyfuzji w tkankę otaczającą, wywołując podrażnienie zakończeń nerwów czuciowych z następowem swędzeniem i drapaniem, które prowadzi do spotęgowania pierwotnie istniejących zmian chorobowych. Według tego poglądu choroba Fox-Fordyce'a jest tylko odmienną postacią zwykłego zliszajowacenia skóry *(neurodermitis)*, umiejscowionego li tylko dokoła ujść przewodów gruczołów apokrynowych. Należy jednak podkreślić, że stwierdzić można tego samego rodzaju zmiany, aczkolwiek w daleko mniej zaznaczonym stopniu, badając skórę zdrowej pachy, z drugiej zaś strony, obraz histologiczny typowy dla choroby Fox-Fordyce'a może być stosunkowo mało uwydatniony, zwłaszcza w świeżych przypadkach (j. n. w naszym przypadku Nr. 2.), tak, że zmiany w naskórku oraz naciek drobnokomórkowy nie mogą być uważane jako podstawowe objawy schorzenia skóry. *Czynniki mechaniczne, zakaźne lub toksyczno-zakaźne (naprzykład wskutek przewlekłej obstrukcji lub miejscowego zakażenia drobnoustrojami) mogą, rzecz oczywista, przyczynić się do zwiększenia odpowiedniej predyspozycji okolic zajętych i tem samem do pogorszenia stanu chorobowego, są to jednak czynniki o drugorzędnem znaczeniu, natomiast należy przyjąć, że zasadniczą rolę odgrywają tutaj zaburzenia czynnościowe gruczołów apokrynowych.* Obraz drobnowidzowy tych gruczołów, bujanie nabłonka odcinka początkowego przewodu wyprowadzającego, naciek drobnokomórkowy, obfity zwłaszcza dokoła tego odcinka oraz dokoła ujścia przewodu z jednoczesnemi zmianami przerostowemi naskórka tamże, — cały szereg tego rodzaju danych przemawia, naszem zdaniem, na korzyść poglądu, szczególnie bronionego przez H. F i s c h e r a w tym sensie, że objawy chorobowe typowe dla choroby Fox-Fordyce'a są wynikiem zadziałania patologicznie zmienionej wydzieliny gruczołów apokrynowych na nabłonek przewodu wydzielającego oraz na tkanki otaczające. Należy dodać, że główną podporą tej teorji są doświadczalne badania M. B. S c h m i d t a, potwierdzone przez wymienionego wyżej autora, które wykazały, iż substancje barwikowe, j. n. czerwień szkarłatna *(Scharlachrot)*, wstrzyknięte białym myszkom zostają następnie wydzielone przez gruczoły skóry wywołując przytem zmiany przerostowe nabłonka oraz mieszków włosowych z następowem wypadaniem włosów.

Poprzednio niejednokrotnie zaznaczyliśmy, iż wadliwa czynność gruczołów potnych apokrynowych jest prawdopodobnie w ścisłym związku ze zaburzeniami czynnościowemi niektórych gruczołów dokrewnych, a zwłaszcza gruczołów płciowych, tarczycy, nadnerczy, a być może i przysadki mózgowej, przyjmując pod uwagę rolę płatu przedniego tego gruczołu w unormowaniu czynności gruczołów płciowych. Już w stanie prawidłowym wywierają gruczoły płciowe przemożny wpływ na czynność wydzielnicza gruczołów apokrynowych, która się rozpoczyna dopiero po dojrzewaniu płciowem. *Należy więc uważać chorobę Fox-Fordyce'a jako wyraz niedomogi wielogruczołowej z następową dysfunkcją gruczołów potnych apokrynowych.*

Umiejscowienie zmian chorobowych wyłącznie w okolicach, gdzie znajdują się gruczoły apokrynowe, charakterystyczne objawy objektywne i subjektywne, ustalony związek pomiędzy występowaniem objawów chorobowych skóry a zaburzeniami

czynnościowemi gruczołów dokrewnych — cały szereg tego rodzaju danych przemawia za tem, *że chorobę Fox-Fordyce'a uważać należy jako zupełnie autonomiczną jednostkę chorobową skóry*, którą zarówno pod względem klinicznym, histologicznym i patogenetycznym odróżnić należy od zwykłego przewlekłego zliszajowacenia skóry. Zgodnie z niektórymi autorami jesteśmy zdania, że nic nie zyskujemy, podporządkowując to cierpienie pod pojęcie *neurodermitis*, pojęcie czysto kliniczne, przedstawiające li tylko objaw, wspólny różnym stanom chorobowym skóry.

Należy jednak przyjąć pod uwagę, iż umiejscowione zliszajowacenie skóry, zwłaszcza w okolicy pach może się przyłączyć do pierwotnych wykwitów drobnoguzkowych wskutek ustawicznego drapania. Nietylko pod względem klinicznym i patogenetycznym, lecz i pod względem terapeutycznym różni się choroba Fox-Fordyce'a od zwykłego przewlekłego zliszajowacenia skóry, gdyż w przeciwieństwie do ostatniego cierpienia jest ona bardzo oporna na leczenie prom. Roentgena.

Wprawdzie w dwu naszych przypadkach kilkakrotne naświetlania prom. Roentgena przyniosło czasową ulgę w postaci zmniejszenia świądu (przyp. Nr. 3), względnie i znacznej objektywnej poprawy, zwłaszcza w okolicy pach (przyp. Nr. 1), niewiadomo jednak, czy efekt ten będzie trwały. W bardzo wielu spostrzeżeniach leczenie prom. Roentgena pozostało bez najmniejszego skutku. W innych przypadkach choroby Fox-Fordyce'a stosowano niekiedy z dobrym skutkiem opoterapję w postaci podawania przetworów jajnikowych, względnie tarczycowych. Niektórzy autorzy zachwalają diatermokoagulację poszczególnych guzków, często jednak choroba Fox-Fordyce'a jest niezwykle oporna na wszelkiego rodzaju zabiegi lecznicze, tak że w niektórych przypadkach (Montcorps) wprost chirurgicznie usuwano cały obszar skóry schorzałej w okolicy pach z następową transplantacją. *Z tych też względów pragniemy podkreślić dodatni wpływ leczenia insuliną w naszym pierwszym przypadku, nietylko w kierunku znacznego zmniejszenia, względnie zniknięcia świądu, lecz i objektywnej poprawy.* Tego rodzaju wyniki terapeutyczne są tem bardziej ciekawe, ponieważ u tej samej chorej kilkakrotnie wykonane określenie krzywej glikemicznej zapomocą doustnego podania 25 g glukozy wedle metody Maranona wykazało doskonałą sprawność czynnościową wysepek Langerhansa; jednakże w tym przypadku istniały objawy niedomogi, względnie wadliwej czynności ze strony niektórych gruczołów dokrewnych (zwłaszcza jajników i tarczycy). Niestety dobry skutek leczenia insuliną był tutaj przemijający; tem nie mniej należałoby w niektórych przypadkach choroby Fox-Fordyce'a skorzystać z tego doskonałego leku w celu doraźnego uśmierzenia gwałtownych napadów świądu, niekiedy nie reagujących na innego rodzaju środki lecznicze.

Piśmiennictwo.

Arndt: Derm. Woch. 1928, N. 29. — Buchbinder: Centr. f. Derm. T. 30, str. 169. — Brauer: Centr. f. Derm. T. 25, str. 641, D. W. 1929, Nr. 43a. — Chorążak i Ostrowski: Acta derm.-venerol. 1927. T. 8. — Engelhardt: Krankheits-Forschung T. V. N. 4. 1927. — Freund: Centr. 1928, T. 28, str. 51. — H. Fischer: Centr. T. XX. Nr. 1/2. 1926. Derm. Woch. 1925, N. 24. T. 80, D. W. 1926. T. 82, Arch. f. Derm. t. 156, 1928. — H. Fox: Arch. of. Derm. 1927, T. 16, N. 6. — Gross: Centr. T. 30. S. 732. — Guy i Jacob: Arch. of. Derm. 1926, T. 14, N. 5. — Hirschfeldt: D. W. T. 82. N. 7, 1926. — Jung: D. Z. T. 51, 1928. — Karwowski i Dobak: Arch. f. Derm. 1924, T. 148. — Kiess: D. W. T. 78, N. 1. — Kitamura: D. W. 1929, N. 39. — Königstein: D. W. 1928. str. 396. — Konrad: D. Z. T. 52, 1928. — Kyrle: Histobiologie der Haut. Springer T. 1. — Laurentier: Bull. de la soc. de Derm. 1927, N. 4. — Lortat-Jacob i Gastinel: Bull. séance du 10 Janvier 1929. — Louste, Lévi-Franckel i Caillau: Bull. 1928, N. 4. — Matras: Centr. 1928, T. 28, s. 659. — Montcorps: Centr. 1927, T. 24. — S. Neumark: Derm. Woch. 1928, N. 16, P. G. L. 1927, N. 27. — Netherthon: Arch. of. Derm. 1926, T. 13. — Pautrier: Reun. derm. de Lyon, séance du 27 janvier 1929, Reun. dermatol. de Strassburg, séance du 20 janv. 1929. — Rostenberg: Arch. of Derm. 1927, T. 5. N. 4. — Schiefferdecker: Die Hautdrüsen des Menschen und des Saügetieres Stuttgart 1923. — P. W. Schmidt: Arch. f. Derm. Bd. 154, N. 3. — Senear i Wien: Centr. T. 30. — Schönstein: Centr. T. 30. str. 56, T. 25, str. 125. — Tyjnenko: Ann. 1930, N. 5. str. 563. — Venturi: Ann. 1930. N. 1. — Walter: D. W. 1922, N. 25. — Weil: Centr. 1928. T. 28, str. 515.

———————

WYKŁADY I ODCZYTY.

Prof. N. PENDE, Dyrektor Kliniki lekarskiej Uniwersytetu i Instytutu Biotypologiczno-ortogenetycznego w Genui.

Tłumaczyła Dr. Zofja Ryftyn-Lipska.

Biologja i Medycyna konstytucjonalna i indywidualna.

I.

Ich zasady. Metody i wyniki badań dotyczących jednostki ludzkiej pod względem morfologicznym.

We wszystkich przodujących klinikach lekarskich kwitnie obecnie nauka, zajmująca się dociekaniami biologicznemi i klasyfikacją naukową indywidualnej jednostki ludzkiej t. j. studjowaniem człowieka-indywiduum, jego charakterystycznej postaci ciała, czynności i przejawów psychicznych, które go wyróżniają z pośród podobnych mu jednostek; oddalając go mniej lub więcej od typu człowieka gatunku, t. j. od tego typu ludzkiego ogólnego, abstrakcyjnego, teoretycznego, który nam przekazali dotychczas antropologowie, anatomowie, fizjologowie starożytni i który to typ służył lekarzowi, jak również i laikowi za wskaźnik porównawczy lekarskich i społecznych wiadomości o człowieku.

Obecnie natomiast hołdujemy pojęciu bardziej naukowemu a przedewszystkiem bardziej realistycznemu, a mianowicie, że tylko wobec prawa i w obliczu Boga wszyscy ludzie są równi, wobec zaś nauki nietylko, że nie są równi, lecz są różni, — tak jako typy architektury dziedzicznej, zmienionej przez środowisko i różnej u rozmaitych jednostek, jak też jako całość fizyczna (wytwórnia cielesna) i jako całość psychiczna (wytwórnia umysłowa).

Każdy człowiek przedstawia dla nas typ *sui generis* w przejawach ogólnobiologicznych i psychicznych, czyli inaczej, przedstawia biotyp. Nazwałem przeto biotypologją naukę, która bada rozmaite indywidualne biotypy ludzkie. I jak każda inna nauka klasyfikuje je racjonalnie, podporządkowuje wedle kategoryj i grup, w których łączy biotypy bardziej podobne do siebie, bardziej pokrewne sobie, a to wszystko w celu zastosowań praktycznych tej nauki, gdyż jasnem jest, iż teoretycznie indywidua nie dają się klasyfikować.

Musimy sprecyzować pojęcie, które tworzy podstawę konstytucji indywidualnej, czyli biotypu. Pojęcie to zależnie od czasu i od szkoły otrzymuje albo przewagę morfologiczną, albo orjentację funkcjonalną, względnie orjentację psychologiczną.

Nawet laikom znane jest w medycynie pojęcie konstytucja, temperament, charakter indywidualny. Lecz wielu chaotycznie przedstawia sobie te pojęcia: jedni rozumieją pod konstytucją zespół anatomiczny charakterystyczny dla naszego ciała, że tak powiem, styl architektoniczny danego indywiduum, gdy czynność i psychologja stanowiłyby jego temperament i charakter.

Autorzy francuscy z doby ostatniej jak Mac Auliffe, Leopold Levi, Guillaume etc. używają terminu temperament, obejmując nim zarówno stronę morfologiczną, jako też stronę czynnościową i psychologiczną jednostki.

Co do mnie, uważam, iż należy unikać takiego zamętu w terminologji i co zatem idzie w pojęciach. Mojem zdaniem, konstytucja winna być rozpatrywana wyłącznie ze strony morfologicznej — jestto architektura wytwórni cielesnej; temperament zaś jest to zjawisko funkcjonalne, czyli jest to jemu tylko właściwy sposób działania organizmu lub jego poszczególnych aparatów czynnościowych na bodźce wewnętrzne i zewnętrzne: charakter jest to dziedzina moralna; jest to kompleks uczuć i woli, które istnieją w każdej jednostce, lecz mogą się zmieniać pod wpływem środowiska i tak zmienione stanowią to, co nazywamy zachowaniem się indywidualnem; wreszcie czwarta dziedzina, charakteryzująca jednostkę, jest to typ inteligencji, *norma mentis* jednostki.

Oto cztery grupy przejawów życiowych, które stanowią nazwany przezemnie biotyp, określenie, mające tę przewagę, iż pozwala uniknąć zamętu, jaki powstał z powodu używania terminologji konstytucja i temperament, a które to określenie obejmuje wszystkie cztery pojęcia: konstytucję, temperament, charakter i typ inteligencji.

Lecz głównie chodzi mi o podkreślenie dwóch kardynalnych pojęć, stanowiących zasadę mojej biotypologji ludzkiej, dzięki którym nauka ta różni się od innych kierunków konstytucjonalnych.

Studja konstytucjonalne, czyli studja budowy ciała istnieją we Włoszech (od 50 lat prawie), we Francji i w Niemczech. Rosja i Ameryka Północna dopiero ostatnio zaczynają odczuwać falę tej nowej myśli lekarskiej.

Nie ulega żadnej wątpliwości, że szkoła francuska, mająca na czele Mac Auliffe'a przyjęła kierunek morfologiczny i artystyczny w studjach nad typami indywidualnemi i z tej postaci zewnętrznej wyprowadza wnioski co do temperamentu i charakteru jednostki. Na podstawie przewagi rozwoju klatki piersiowej, czy też mięśni, brzucha, lub czaszki morfologowie francuscy wyprowadzają wnioski o nadmiarze funkcji oddechowej lub mięśniowej, względnie funkcji trawienia, lub mózgowej.

Posuwają się jeszcze dalej, gdy zależnie od tego, czy powierzchnia ciała przedstawia się jako płaska, zaokrąglona lub beczułkowata, twierdzą, iż istnieją cztery typy płaskie lub okrągłe: oddechowy, mięśniowy, trawiący, mózgowy; typy płaskie łatwiej ulegają podrażnieniom, lecz są asteniczne, słabe, o ograniczonych przejawach życia wegetacyjnego; typy okrągłe są mniej pobudliwe, bardziej toniczne, silniejsze, o bardzo intensywnych przejawach życia wegetacyjnego.

Oczywistem jest, iż takie przypisywanie zbyt wielkiego znaczenia zewnętrznej postaci ciała ludzkiego nie może zadowolić wymagań współczesnej myśli lekarskiej i wystawia ją na niebezpieczeństwo, któremu już ongi ulegli byli Gall i Lombrozo, którzy z postaci zewnętrznej wyprowadzali wnioski, co do czynności i psychiki jednostki indywidualnej.

Szkoła niemiecka w swych badaniach wysuwa również zasady przeważnie morfologiczne, lecz bardziej pogłębia swe badania, gdyż niektórzy autorzy, jak np. Brugsch, poświecają już nieco uwagi badaniu narządów wewnętrznych, indywidualnej morfologji wewnętrznej, badają również stopień zdolności funkcjonowania narządów danej jednostki (F. Kraus). Niemcy śladem Achille De Giovanni rozróżniają 3 typy morfologiczne ludzkie (Kretchmer), a mianowicie: typ o ciele długiem płaskiem, — typ słaby, typ mięśniowy i typ silny o ciele szerokiem i wydatnym brzuchu. Niezależnie od tego rozróżniają: typ słaby (asteniczny), średni (mesosteniczny), silny (hipersteniczny). W praktyce zaś mieszają te 3 typy czynnościowe z 3 wyżej wymienionemi typami morfologicznemi. Autorzy rosyjscy idą śladem tejże orjentacji.

Badacze psychologji indywidualnej, n. p. psychologowie szwajcarscy i niemieccy, ograniczają się do badań charakterów typów ludzkich, uwzględniając li tylko stosunek charakteru danej jednostki do zewnętrznego wyglądu ciała, lecz nie pogłębiając całości. Mojem zdaniem należy, aby pójść rzeczywiście naprzód. a przedewszystkiem, aby skutecznie zastosować w medycynie i w socjologji naukę o indywidualności, w badaniach i w klasyfikacji typów ludzkich przyjąć jako zasadę kierunek jednolity, zasadę Hippokratesa o jedności cielesno-psychicznej organizmu żyjącego. Z zasady tej wynika, iż nie można zrozumieć budowy ciała bez badania *psyche* i nie można zrozumieć tej ostatniej, bez badania ciała; że należy analizować jednocześnie daną jednostkę z punktu widzenia czterech przejawów wyżej wymienionych, mając na względzie stosunki, jakie istnieją między oddzielnemi częściami ciała z jednej strony i między temi ostatniemi, a przejawami charakteru i intelektu, z drugiej strony. Współczesna nauka o wydzielaniu dokrewnem i układzie współczulnym przyszła w sam czas, aby swem tchnieniem nowego życia wskazać prawdziwą drogę w badaniach konstytucjonalnych. Obecnie wiadomem jest, że hormony i aparat nerwowy życia wegetacyjnego są regulatorami *consensus partium;* że to one tworzą mosty, łączące postać ciała, temperament, objawy czynnościowe, stronę uczuciową, wolę i intelekt.

Otóż dlatego, pracując od dłuższego czasu na polu wydzielania dokrewnego i nad systemem neuro-wegetacyjnym, mogłem nadać doktrynie konstytucjonalnej kierunek, oparty na wzajemnym stosunku i jedności cielesno-psychicznej, podtrzymywany przedewszystkiem przez wielki układ dokrewno-współczulny.

Moją metodę badania nazwałem piramidą biotypową; wyobrażając sobie jednostkę badaną, lub biotyp, jako piramidę, której podstawa przedstawia dobytek dziedziczny, wprowadzany w czyn i zmieniany stosownie do wpływów środowiska na jednostkę, działających zarówno na jego ciało, jak i na jego psychę. Na tej podstawie opierają się 4 właściwości biotypu, połączone między sobą tak, jak ramiona piramidy; właściwości te stanowią: dziedzinę morfologiczną, czyli *habitus;* dziedzinę funkcjonalną, czyli temperament; dziedzinę charakteru, czyli uczucie i wolę; wreszcie dziedzinę intelektu. Te cztery właściwości mają swoją wytyczną u wierzchołka piramidy. Wytyczna ta, jednolicie syntetyczna, jest tem, co charakteryzuje biotyp indywidualny, który nie jest zatem sumą narządów i właściwości oddzielnie analizowanych i rozpatrywanych, lecz jest syntezą, jest wynikiem właściwości ciała i psyche, które łączą się ze sobą w określonym stosunku.

Praktycznie, badania, zmierzające do określenia biotypu ludzkiego sprowadzają się do dokładnych wymiarów proporcji ciała, jako całości, i rozmaitych wymiarów długości, szerokości i głębokości zapomocą antropometrów (antropometr Viola, kranjometr i gonjometr Pizzoli).

Metoda antropometryczna Viola nadaje szczególne znaczenie stosunkom porównawczym wymiarów kończyn do wymiarów tułowia; gdyż jednostki przeważnie różnią się między sobą zbytnim rozwojem tułowia w porównaniu do rozwoju kończyn, co oznaczamy określeniem *„megalosplanchnici"*, lub niedorozwojem tułowia w porównaniu do rozwoju kończyn, co oznaczamy jako *„microsplanchnici"*.

Prócz tego osobiście kładę również duży nacisk na stosunek wymiarów długości do wymiarów szerokości poszczególnych odcinków ciała, na zasadzie których to stosunków dzielę jednostki na krótkolinijne *(brevilinei)* i długolinijne *(longilinei)*, jak również twarze: na długolonijne i krótkolinijne.

Posiadając tablice rozmaitych wymiarów średnich, czyli prawidłowych ciała, w różnym wieku, u mężczyzn i u kobiet, możemy obliczyć stopień odchylenia w proporcjach danego osobnika w stosunku do normy. Wprowadziłem również badanie proporcyj w szkołach, stworzywszy tabele wielkości naturalnej i średnich proporcyj, odpowiadających wiekowi od 7 do 18 lat; w ten sposób, pedagog, rodzice lub pielęgniarka mogliby z łatwością określić bardziej zaznaczone odchylenia w rozwoju wymiarów długości, szerokości i głębokości, umieściwszy badaną osobę obok ściany, na której znajduje się jedna z tych figur standartowych (tablice wzrostu według Pendego, wydane przez De Agostini'ego w Medjolanie), biorąc, jako wskaźnik, znaki odpowiednie na tej tablicy porównawczej, podzielonej na centymetry. Tablice te służą do orjentowania się co do wzrostu dzieci i młodzieży.

Po zbadaniu antropometrycznem osobnika, niemniej ważnem jest zbadanie stopnia rozwoju proporcyj i postaci narządów wewnętrznych. W tym celu niezbędnem jest badanie rentgenowskie, jest to pewny środek określenia antropometrycznego płuc, serca, żołądka i jelit. Również i w tem badaniu narządów wewnętrznych, prócz określenia masy absolutnej danego organu, duży nacisk kładzie się na stosunek długości narządu do jego szerokości, na zasadzie czego odróżniamy płuco wydłużone i płuco krótkie, również serce typu podłużnego, lub krótkiego i t. p.; jak niżej zobaczymy, typ pierwszy odpowiada wiekowi dorosłemu, typ drugi — wiekowi dziecka.

Co się tyczy czaszki, to specjalny aparat, który zawdzięczamy prof. Pizzoli'emu z Bolonji, pozwala szybko wymierzyć i obliczyć wymiary długości, szerokości i wysokości czaszki oraz obliczyć wymiary absolutny i względny trzech poziomych linij twarzy; górnej, środkowej i dolnej; a także przestrzeń między prawą i lewą kością jarzmową i między prawą a lewą stroną szczęki dolnej.

Wreszcie badanie morfologiczne biotypu uzupełnia się badaniem stopnia rozwoju czterech najważniejszych narządów; układu mięśni szkieletu, (do czego służy wskaźnik mięśniowy Godin'a dla rosnącej młodzieży; narządu krążenia; narządu krwiotwórczego i narządu płciowego.

Jaki jest obecnie pogląd szkoły konstytucjonalnej włoskiej, a w szczególności mój własny, wypływający z mego sposobu badania biotypologicznego w odniesieniu do określenia i klasyfikacji typów ludzkich?

Pogląd ten jest ortogenetyczny i wyraża się w prawach rozwoju ciała i *psyche* i w wielkiem prawie, wypowiedzianem jeszcze przez Pitagorasa, a które było zastosowane do biologji człowieka już w IV wieku p. Chrystusem przez nauczyciela Hippokratesa, wielkiego lekarza i filozofa szkoły greckiej, Krotona Alkmeona. Prawo to, które jest podstawą konstytucji i anomalij konstytucjonalnych, jest prawem Pitagorasa: jedności w mnogościach, harmonji w sprzecznościach.

Obecnie wiemy, iż rozwój harmonijny naszego ciała, jak intuicyjnie wyczuł już 23 wieki temu Alkmeon, jest wynikiem działań dwóch ugrupowań sił, sprzecznych między sobą, ale działających w tym samym celu, dla wytworzenia udoskonalonej architektury wytwórni ludzkiej. Te sprzeczne grupy sił, podług współczesnych badań, są to ugrupowania przeciwstawne hormonalne i neuro-wegetacyjne, które dążą wciąż do wytworzenia równowagi między sobą, lecz w zależności od wieku, przewaga bywa to po stronie jednych, to drugich, aczkolwiek zawsze w pewnym doskonałym rytmie, który jednakże może ulec zboczeniu i zaburzeniu. Już nauczyciel mój Viola wyprowadził ze swych badań antropometrycznych wniosek, który można nazwać prawem, a mianowicie: rozwój układu życia wegetacyjnego, (tułowia), jest w stosunku odwrotnie proporcjonalnym do rozwoju układu ruchu, (kończyny). Innemi słowy podług Violi, jeżeli przeważa w rozwoju tułów, to niedomaga rozwój kończyn, jeżeli zaś rozwój tułowia niedomaga, przeważa rozwój kończyn. Prócz tego Godin utwierdził swoje prawo ontogenetyczne dużych i małych

odstępów, t. j. fakt, iż rozwój dwóch dużych układów wegetacyjnego i ruchu nie odbywa się jednocześnie, lecz w odstępach; jak również w odstępach dochodzi do skutku rozwój wymiarów długości i szerokości tak całego ciała, jak i poszczególnych jego odcinków.

Wreszcie ja ustaliłem trzeci pogląd, który tłumaczy dwa poprzednie. Podczas wzrostu działają dwie grupy dokrewno-nerwowe, z których jedna jest bodźcem dla rozwoju morfologicznego układu wegetacyjnego; druga — bodźcem dla rozwoju morfologicznego systemu ruchu; pierwsza daje przewagę przejawom nerwu błędnego i ułatwia funkcję odkładania tłuszczu *(anabolica)*; w drugiej przeważa działanie nerwu sympatycznego i funkcja chudnienia *(catabolica)*. Jeżeli podczas wzrostu harmonja funkcyj i rytmu jest doskonała, wytwarza się harmonijna architektura ciała ludzkiego i typ ludzki, który określamy, jako typ morfologiczny średni, czyli prawidłowy, w którym wymiary wykazują stosunek właściwy tułowia do kończyn; stosunek prawidłowy systemu wegetacyjnego do systemu ruchu; ogólnej masy ciała do wzrostu; wymiarów szerokości do wymiarów długości, a zatem osobnik taki jest prawidłowy w linjach, prawidłowy w budowie narządów wewnętrznych i t. d., osobnik, odpowiadający pojęciu o pięknie, stworzonem przez artystów greckich. Jeżeli zaś przeważa ugrupowanie dokrewne, które jest bodźcem życia wegetacyjnego, rezultatem tego będzie utworzenie typu hiperwegetacyjnego, o tułowiu silnie rozwiniętym, o kończynach mało rozwiniętych, pękatego, o linjach krótkich *(brevilineo)*. Jeżeli przeważa ugrupowanie, które jest bodźcem systemu ruchu, otrzymuje się typ ludzki hipowegetacyjnego, o masie ciała niedostatecznie rozwiniętej, o tułowiu niedorozwiniętym, zaś o kończynach długich: typ wąski i długolinijny *(longilineo)*.

Rozwój prawidłowy ciała dochodzi do skutku w ten sposób, że, począwszy od typu krótkolinijnego w epoce dziecięcej, przechodzi do typu długolinijnego w epoce dojrzewania, zaś w epoce zupełnej dojrzałości wymiary długości i szerokości równoważą się. Z tego wynika, iż typ krótkolinijny *(brevilineo)* ze swych wymiarów podobny jest do dziecka, długolinijny do młodzieńca jeszcze niedojrzałego.

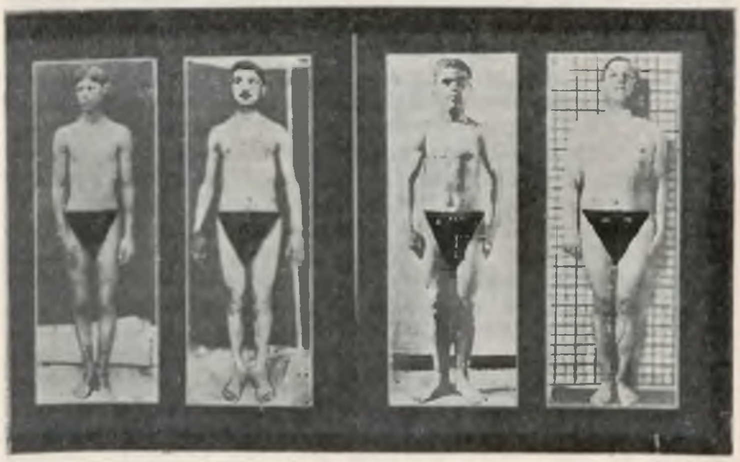
W taki oto sposób tłumaczy się zasada rozwoju ogólnego ciała, jego ruchu; na tej to zasadzie szkoła włoska opiera naturalną klasyfikację typów ludzkich z punktu widzenia morfologicznego: typ krótkolinijny *(brevilineo)* z przewagą życia wegetacyjnego *(ipervegetativo)*, morfologicznie za mało rozwinięty *(ipoevoluto)* i typ długolinijny *(longilineo)* z niedostatecznemi przejawami życia wegetacyjnego *(ipovegetativo)* są to dwa typy dysharmonijne, odchylające się od typu średniego w kierunkach wręcz przeciwnych.

Moje badania, dotyczące dwóch tych typów zasadniczych, przyjętych obecnie przez wszystkich prawie badaczy pod rozmaitemi nazwami, jakto: *megalosplanenico, microsplanenico* (Viola); typ szeroki i podłużny (Stockard); typ silny i słaby (Kretschmer), ect., przekonały mnie, że typy te nie są dostatecznie charakterystyczne dla zastosowań klinicznych i lekarsko-społecznych. Rzeczywiście, jeżeli zbadamy wszechstronnie zapomocą mojej metody biotypologicznej grupkę osobników typu krótkolinijnego *(brevilineo)* z punktu widzenia rozwoju układu mięśniowego, narządu krążenia, układu krwiotwórczego, narządu płciowego, układu dokrewnonerwowego, to zobaczymy, że między badanymi są i tacy,, którzy obfitują w krew, jak i bladzi, limfatyczni, z niedostateczną ilością krwi; są osobniki krótkolinijne o dobrze rozwiniętem sercu i tętnicach, a są też tacy, u których narząd krążenia jest słabo rozwinięty; z jednej strony mogą być krótkolinijni muskularni i silni, z drugiej zaś niemuskularni i hipotoniczni; jedni są dobrze rozwinięci seksualnie, u drugich zaś ten rozwój niedomaga; krótkolinijni z nadnerczem mocno rozwiniętem i słabo rozwiniętem; jedni z rozwiniętemi narządami rozrodczemi, inni z niedorozwiniętemi; jednostki o rozwiniętej pobudliwości nerwów błędnego i współczulnego i inne, u których ta pobudliwość jest przytłumioną. To samo przez analogję da się zastosować do osobników długolinijnych *(longilinei)*.

Jeśli zatem spotykamy odmiany w tym samym typie, niemożliwem jest, podług mnie, by nie wziąć pod uwagę tych rozmaitych cech morfologicznych i dynamicznych. Nie należy zatem, jak to czynią inni autorzy, ograniczać się tylko do klasyfikacji morfologicznej, opartej na proporcjach zewnętrznych, nie licząc się ze stanem podstawowych narządów ciała.

Dlatego też rozróżniam 4 odmiany morfologiczne, oprócz typu średniego, harmonijnego, a mianowicie: dwie odmiany krótkolinijnych: jedna — silna *(stenica)*, druga — słaba *(astenica)*; i dwie odmiany długolinijnych: jedna — silna *(stenica)*, druga — słaba *(astenica)*.

Aby zrozumieć, jakie znaczenie praktyczne posiada moja klasyfikacja, wystarczy zacytować, jako przykład skłonność rozmaitych typów ludzkich do gruźlicy. Dopóki utrzymywano, iż na gruźlicę zapadają łatwiej osobnicy długolinijni, o mało rozwiniętym tułowiu, *(hipowegetacyjni)*, chudzi, często spotykano się z krytyką tych, którzy dowodzili, iż przeciwnie wiele osobników typu długolinijnego żyło do późnej starości będąc odpornymi na gruźlicę, gdy natomiast jednostki krótkolinijne, szerokie i okrągłe zapadały z łatwością na tę chorobę. Jeżeli uwzględnimy wyniki,



Ryc. I.

otrzymane dzięki moim badaniom, zrozumiemy, iż są osobnicy długolonijni silni, o dobrze rozwiniętem sercu i posiadający dostateczną ilość krwi, a obok nich są tacy, którzy są słabi, anemiczni, o małych rozmiarach serca, — rozumie się, że to właśnie ci ostatni, a nie pierwsi są skłonni do gruźlicy; jak również typy krótkolinijne o źle rozwiniętem sercu, mięśniach, i krwi są mało odporne na gruźlicę.



Ryc. II.

Ciekawym jest fakt, iż moje cztery typy fundamentalne, dysharmonijne odpowiadają doskonale tym typom, które uznawali starożytni klinicyści.

Otóż u Lazariusa Riveriusa, klinicysty z 700 roku znajdujemy opis czterech temperamentów, z takiemiż cechami, jakiemi oznaczamy obecnie nasze cztery typy: typ krwisty, odpowiadający naszemu krótkolinijnemu silnemu; typ flegmatyczny, odpowiadający naszemu krótkolinijnemu słabemu; typ żółciowy, odpowiadający

naszemu długolinijnemu silnemu, typ melancholijny odpowiada naszemu długolinijnemu słabemu. Znakomity artysta Albert Dürer z niezwykłą intuicją przedstawił cztery typy w swym słynnym obrazie, znajdującym się w galerji Monachijskiej, pod nazwą „cztery temperamenty".

Empiryzm klinicystów starożytnych, intuicja artysty, poważne badania kliniczne medycyny współczesnej zgodnie uwzględniają te cztery główne odmiany morfologiczne biotypu ludzkiego, co jest dowodem realnego istnienia ich w naturze.

Pozostaje nam jeszcze omówić różnice konstytucjonalne, istniejące pomiędzy mężczyzną a kobietą". Obecnie dzięki nauce o wydzielaniu dokrewnem i układzie współczulnym, możemy położyć kres niezliczonym dyskusjom o równości lub nierówności, istniejącej między dwiema płciami z punktu widzenia przedewszystkiem psychologicznego i intelektualnego. Różny jest typ dokrewnowo-nerwowy u mężczyzny i u kobiety i różnica ta tłumaczy różnice fizyczne i psychiczne obojga płci. Możemy na tem miejscu przypomnieć w krótkich słowach, że większy rozwój szkieletu, mięśni, ścięgien, serca, tętnic u mężczyzny niż u kobiety zależy od faktu, że u mężczyzny żywszą jest czynność, obok współpracy jądra, przysadki, nadnercza, może również i gruczołów przytarczycznych. Wynika z tego, że kobieta w porównaniu z mężczyzną będzie *ipopituitaria, iposurrenalica* i *ipoparatiroidea;* natomiast u kobiety przeważa czynność gruczołu tarczykowego, narządów limfatycznych, grasicy, trzustki ze współpracą jajnika; od tego zależy przewaga procesów tworzenia tłuszczu w organiźmie kobiecym i łatwiejsze nagromadzenie tak tegoż, jak i większej ilości składników limfatycznych; przewaga wzruszeń, przewaga sugestji, większa skłonność do ataków konwulsyjnych, zmniejszona skłonność do opanowania myśli abstrakcyjnej i myślenia logicznego, zmniejszone panowanie nad uczuciami i nad myślą fantastyczną i mistyczną.

Oto nowe szerokie pole, mało jeszcze zbadane, które wyłania nowe myśli, szczególnie dla socjologów i psychologów, z łatwością tworzących i wyznaczających równe prawa i powinności dla jednej i drugiej płci, nie licząc się z rozmaitym zachowaniem się płci, i z głębokiemi motorami ciała i umysłu ludzkiego, któremi są gruczoły dokrewne.

Na zakończenie zaznaczymy, że współczesne badanie konstytucjonalne wymaga znajomości, możliwie najpełniejszej, trzech gałęzi wiedzy, które rozwinęły się w ostatniem 20-leciu, a któremi są: fizjopatologja wzrostu, czyli auksologja, endokrynologja, neurologja wegetacyjna; należy do tego dodać jeszcze naukę o dziedziczności fizjologicznej i patologicznej. Lecz przedewszystkiem lekarz współczesny winien dorównać wzniosłością i szlachetnością swego powołania Hippokratesowi, który był jednocześnie lekarzem, biologiem i psychologiem. W taki jedynie sposób pojmując swoje powołanie, lekarz współczesny może podjąć się rozstrzygnięcia zawiłego problematu ciała i duszy swego chorego.

SPRAWOZDANIA Z KAZUISTYKI I SPOSOBÓW LECZENIA.

Dr. Albin GARBIEŃ, I. asyst. Państw. Szkoły Położ. Lwów.

Uszkodzenie krezki i jelita podczas usiłowanego wyskrobania macicy w przypadku ciąży śródmiąższowej.

Z Oddziału położniczo-ginekologicznego Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie.
Prymarjusz: Prof. Dr. Sołowij.

Na oddział położniczo-ginekologiczny Państw. Szpit. Powsz. we Lwowie dostawiono chorą z listem lekarza, który wyjaśniał, że u tej chorej usiłował przed 14 godzinami wykonać wyskrobanie macicy — po rozszerzeniu szyi macicy wszedł Winterem do jamy macicy, skąd wydobył coś, co uważał w pierwszej chwili za pępowinę płodu, dopiero po wydobyciu większego odcinka zorjentował się, że wydobytym z macicy tworem jest jelito, wobec czego reponował je do macicy, pochwę zatamponował i chorą odesłał najbliższym pociągiem do Lwowa z rozpoznaniem: przebicie macicy i uszkodzenie jelita cienkiego.

Z wywiadów ustalono, że chora I. 21, żona rolnika, zamężna od roku, nie rodziła, nie roniła — miesiączki regularne od 16 roku życia, co 4 tygodnie 3 dni trwające, ostatnia przed 9 miesiącami. Przed 5 miesiącami wystąpiły gwałtowne bóle dołem brzucha, w ciągu tygodnia pojawiały się wtedy kilka razy dziennie omdlenia, pod koniec tego tygodnia ukazało się plamienie, które z krótkiemi przerwami utrzymywało się przez 2 miesiące. Potem około miesiąca chora czuła się lepiej, jednak i w tym czasie podczas chodzenia pojawiały się silne bóle dołem brzucha. Od dwóch miesięcy krwawi z rozmaitem nasileniem, kilka razy wystąpiły nawet krwotoki, które zmusiły chorą do powtórnego szukania pomocy lekarskiej — ogółem w ostatnich 5 miesiącach była leczona przez 6 lekarzy, zaopatrzona w kilkanaście recept *(styptica, analgetica, roborantia).* Przed 5 dniami zgłosiła się z silniejszem krwawieniem do szóstego z rzędu lekarza, który po kilku dniach obserwacji wykonał operację. Po niej wzmogły się znacznie bóle. W czasie jazdy koleją chora miała dreszcze. Od kilku godzin wymioty, wzdęty brzuch, bardzo bolesny, omdlenia.

Badanie przedmiotowe: tętno nikłe 140, ciepłota 38,5 — chora wybitnie blada, typ hipoplastyczny. Brzuch miernie wzdęty, bardzo bolesny, *defense* w obszarze całego podbrzusza. Badaniem ginekologicznem stwierdza się rozlane opory w jamie brzusznej, sięgające prawie do pępka, sklepienia pochwowe obniżone przez opory ciastowate. Twardszy opór, odpowiadający macicy nieco powiększonej, leży poza linją środkową, przemieszczony ku lewemu talerzowi biodrowemu. Część pochwowa rozpulchniona, zasiniała. Z szyi macicy krwawienie dość obfite.

Ogólny stan chorej i wyjaśnienia lekarza, zawarte w liście, dały wskazanie do natychmiastowej laparotomji.

Po otwarciu jamy brzusznej stwierdzono przekrwienie i zmętnienie otrzewnej ściennej i sieci, wylew krwawy pod siecią, wrośniętą w duży ciastowaty guz na prawym talerzu biodrowym. Podczas oddzielania sieci ze zrostów wydobyto silnie z siecią zrośnięty skamieniały płód, długości około 15 cm. Sieć wrośnięta w udo i pośladek płodu z utrzymaną pępowiną, dochodzącą do łożyska, leżącego na prawym talerzu biodrowym w głębi guza, wypełnionego skrzepami krwi, pozrastanego wokół z otrzewną ścienną i jelitami. Nieco na prawo od linji środkowej widoczne w guzie ubytki, w zagłębieniu w ten sposób utworzonem leży pętla jelita w połowie bez otrzewnej jelitowej, zasiniała, miejscami zgorzelinowo zmieniona. Pętla ta długości około 20 cm, pozbawiona swej krezki i częściowo otrzewnej, przechodzi nieco wyżej w obie strony w jelito cienkie, silnie nastrzykane, pokryte nalotami włóknika. W krezce, odpowiadającej tej pętli, stwierdza się ubytek wielkości dłoni, wypełniony skrzepami i skąpym mętnym surowiczo-krwawym płynem. Po oddzieleniu zrostów dokoła guza na prawym talerzu biodrowym, można było stwierdzić: macica powiększona w sinistro-pozycji, prawy róg rozdęty przechodzi w guz, więzadło obłe prawe odchodzi u podstawy guza, na którego szczycie po prawej stronie leży krótka (około 4 cm) distalna część trąbki prawej z ujściem strzępiastem.

Guz przedstawiał zatem rozdętą trąbkę w części śródmiąższowej i cieśni trąbki, wypełniony łożyskiem i skrzepami krwi. W przyśrodkowej części guza, w odległości około 1 cm od rogu macicy, stwierdza się na górnej powierzchni najstarsze zrosty otrzewnowe i wrośniętą sieć — jest to miejsce pęknięcia trąbki przed 5 miesiącami i miejsce, którędy płód wydostał się do jamy brzusznej. Na małej przestrzeni w przyśrodkowej części tych najstarszych zrostów widać świeże rozdarcie, komunikujące przez ujście maciczne trąbki, rozciągnięte na szerokość palca, z jamą macicy. Tędy dostały się kleszczyki Wintera przez prawy róg macicy do trąbki, rozerwały stare zrosty w miejscu pęknięcia trąbki (przed 5 miesiącami), uszkodziły krezkę jelita cienkiego, uchwyciły jelito od strony krezkowej i ściągnęły pętlę jelita cienkiego przez prawy róg macicy, przez jamę macicy i kanał szyi do pochwy.

Rozpoznanie operacyjne opiewało: *Graviditas (IV mens.) isthmicointerstitialis dextra rupta (ante V menses). Foetus calcificatus in concretionibus cum omento. Haematokele peritubarium dextrum. Concretiones uteri cum colone sigmoideo, recto et intestino ileo. Periadnexitis ambilateralis. Perforatio concretionum ad rupturam partis interstitialis tubae sub excochleationem uteri tentatam. Laesio mesenterii et intestini ilei. Gangraena intestini ilei. Peritonitis diffusa recens.*

Wykonano w typowy sposób resekcję jelita cienkiego (na przestrzeni 20 cm), całkowite wycięcie macicy wraz z przydatkami lewostronnemi, wycięto trąbkę prawą, wycięto sieć. Jamę otrzewną sączkowano przez pochwę.

W przebiegu pooperacyjnym wystąpiło rozlane zapalenie otrzewnej, odoskrzelowe zapalenie płuca prawego i ropienie w powłokach, które w dolnym odcinku przeszło na powięź, a po zropieniu szytego jelita powstała w tem miejscu przetoka jelitowa. Chora zmarła w miesiąc po operacji wśród objawów ropnego zapalenia otrzewnej.

* * *

Rozpoznanie przed operacją nie było łatwe. Wprawdzie wywiady dawały szczegóły bardzo charakterystyczne dla ciąży pozamacicznej, jednak długi okres trwania objawów chorobowych (5 miesięcy) mógł usprawiedliwić przypuszczenie innych spraw chorobowych.

W rozpoznaniu różniczkowem musiało się uwzględnić:

1) ciążę pozamaciczną z krwistekiem okołotrąbkowym prawym,

2) resztki łożyskowe po ciąży wewnątrzmacicznej zwyrodniałe złośliwie w nabłoniak kosmkowy z przerzutami do prawych przydatków macicy i do otrzewnej,

3) resztki łożyskowe w macicy, zmienione w zaśniad i guz przydatków prawych, czyto zapalny, czy też nowotworowy (skręcony i pęknięty torbielak jajnika prawego),

4) resztki łożyskowe w macicy i ograniczone zapalenie otrzewnej, które wyszło z wyrostka robaczkowego *(periappendicitis, perityphlitis abscedens)*,

5) ciążę w rogu macicy pękniętą (ciąża w leiku rogu — *„Trichterschwangerschaft"*, lub w uchyłkach rogu, lub w rogu szczątkowym).

Wszystkie te sprawy chorobowe dawały wskazanie raczej do laparotomji, jedynie rozpoznanie sprawy zapalnej przydatków i resztek łożyskowych silnie krwawiących mogło dać wskazanie do ostrożnego usunięcia resztek łożyskowych kleszczykami Wintera z następowem zatampowaniem macicy. Wobec niepewnego rozpoznania mogły być kleszczyki Wintera użyte do wysondowania macicy — zamknięte kleszczyki ostrożnie wprowadzone do macicy dałyby podczas wyczuwania dna i ścian macicy dokładny obraz przemieszczenia macicy, co mogło ewentualnie przyczynić się do właściwego rozpoznania. Tymczasem w danym przypadku użyte kleszczyki Wintera trafiły w linji środkowej wzdłuż prawej ściany macicy w prawe rozciągnięte ujście maciczne trąbki, skąd pozostała już droga około 2 cm do przebicia starych zrostów otrzewnowych w miejscu pęknięcia trąbki.

Przypadek powyższy jest bardzo pouczający i dowodzi, że do każdego zabiegu operacyjnego, nawet do wyskrobania macicy, musi być postawione dokładne wskazanie, oparte na rozpoznaniu różniczkowem, przyczem musi się uwzględnić brak przeciwwskazań do danego zabiegu.

MEDYCYNA SPOŁECZNA.

Dr. Józef WYSOCKI, sekr. wyk. Terytorj. Twa Przeciwgruźliczego. Lwów.

Sprawozdanie Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych na obszarze Województwa Lwowskiego w r. 1930/31.

Coroczna akcja Polskiego Związku Przeciwgruźliczego, zmierzająca w kierunku opanowania jednej z wielu klęsk społecznych dochodzi do swego zenitu w miesiącu grudniu, znajdując wtedy jak najsilniejszy oddźwięk na obszarze Państwa Polskiego. Zrozumienie akcji przeciwgruźliczej wśród społeczeństwa wzrasta dzięki intensywnej propagandzie Dni Przeciwgruźliczych, rezultatem tegoż jest poparcie materjalne i moralne społeczeństwa, zwłaszcza w pewnych miejscowościach, które jak wyraźnie podkreślę w szczegółach niniejszego sprawozdania, zdaje sobie sprawę z ciężkiej akcji P. Związku Przeciwgruźliczego i Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych i dlatego dużą sympatją darzy „Dni Przeciwgruźlicze".

Akcja przeciwgruźlicza roku 1930/31 jest trzecią z rzędu na obszarze Województwa Lwowskiego. Ster akcji prowadzi stale Zarząd Terytorjalnego Twa Przeciwgruźliczego, który jest równocześnie Komitetem Wykonawczym.

W roku 1930/31 utworzył się Komitet Wojewódzki Dni Przeciwgruźliczych pod protektoratem Pana Wojewody Lwowskiego Dra Bronisława Nakonieczników-Klukowskiego, Ks. Metropolity Lwowskiego obrządku łacińskiego Dra Twardowskiego i ks. Metropolity lwowsk. obrządku ormiańskiego Dra Teodorowicza.

Do Prezydjum Honorowego weszli J. W. Panowie: Decykiewicz Włodzimierz, Dr. Freund Lewin — rabin lwowski Prof. Dr. Janowski — Rektor Akad. Med. Weteryn., Dr. Inż. Witold Minkiewicz — Rektor Politechniki, Moszoro Dominik — Prezes Dyrekcji Poczt i Telegrafów, Dr. Polak Tadeusz — Prezes Izby Skarbowej, Inż. Prachtel-Morawiański Paweł — Dyrektor Kolei Państw., Pytlakowski Ignacy — Kurator Okręgu Szkol., Prof. Dr. Witkowski Stanisław — Rektor Uniwersytetu, Dr. Woycicki Czesław — Prezes Sądu Apelacyjnego.

Komitetem wykonawczym Dni Przeciwgruźliczych był Zarząd Terytorjalnego Twa Przeciwgruźliczego pod przewodnictwem Prezesa Twa Dra Głuszkiewicza Włodzimierza — Naczelnika Wojewódzkiego Wydziału Zdrowia, Dra Zabłockiego Stanisława — Wiceprezesa Twa skarbnika Dra Bikelesa i sekretarza wykonawczego Dra Wysockiego Józefa.

W celu zachęcenia społeczeństwa do akcji Miesiąca Przeciwgruźliczego Wojewódzki Komitet Dni Przeciwgruźliczych wydał odezwę następującej treści:

Odezwa

W statystyce śmiertelności z powodu gruźlicy stoi Polska niestety w pierwszym rzędzie. Z powodu gruźlicy traci kraj corocznie 70.000 ludzi zmarłych, zaś 10 razy tyle osób jest niezdolnych do pracy. Jeżeli w tak małym kraju jak Danja umiera rocznie na 10.000 mieszkańców 8 osób, a w Polsce powyżej 20, to wina leży w niedostatecznej, bo małej organizacji walki z gruźlicą u nas.

Polski Związek Przeciwgruźliczy pozostający pod wysokim Protektoratem Pana Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej urządza za przykładem zagranicy w porozumieniu z Ministerstwem Spraw Wewnętrz. corocznie w grudniu *miesiac przeciwgruźliczy*.

W tym miesiącu zbiorowy wysiłek obywateli, instytucyj rządowych, samorządowych i społecznych ma dostarczyć funduszów na skuteczną walkę z gruźlicą, a wyrazem tego wysiłku powinno być nabycie znaczka przeciwgruźliczego. W ten sposób Francja zbiera rocznie 20 mil. franków.

Apelujemy do całego społeczeństwa naszego Województwa

W miesiącu grudniu znaczek przeciwgruźliczy znaleść się powinien w każdej instytucji rządowej i prywatnej we wszystkich towarzystwach społecznych, w każdem przedsiębiorstwie handlowem i przemysłowem. Każdy obywatel, mężczyźni, kobiety, dzieci, starzy i młodzi, duchowieństwo, pracujący w zawodach wolnych, wojskowi i robotnicy, wszyscy powinni zakupić znaczek przeciwgruźliczy. Hasło „do walki z gruźlicą" ma w grudniu wniknąć do najdalszych zakątków, wtedy wyniki tej walki zbliżą nas do tego stanu jaki osiągnęły kraje zachodnie.

Odezwę rozesłano do Panów Starostów Województwa Lwowskiego z prośbą o zorganizowanie i objęcie przewodnictwa w Powiatowych Komitetach Dni Przeciwgruźliczych. W skład Komitetów lokalnych weszli przedstawiciele wszystkich Urzędów i Instytucyj powiatowych, przedstawiciele Duchowieństwa, samorządu, wojskowości, wolnych zawodów, handlu i przemysłu.

Tym wszystkim osobom, które w jakikolwiek sposób przyczyniły się do rozwoju akcji przeciwgruźliczej i nie szczędziły swej pracy dla dobra wspólnego, na tem miejscu Komitet Wojewódzki składa jak najserdeczniejsze podziękowanie.

Wojewódzki Komitet Miesiaca Przeciwgruźliczego otrzymał z Polsk. Zwiazku Przeciwgruźliczego: *250.000 znaczków á 10 groszy* i *120.000 znaczków á 20 groszy*. Ponieważ okazało się, że znaczki 20 groszowe są trudniejsze do rozsprzedaży, zwrócono 37.000 znaczków 20 groszowych z prośbą o zamianę na 10-groszowe. Jednak P. Związek Przeciwgruźliczy nie miał 10 groszowych znaczków, wobec czego uzyskano dodatkowo z Wojewódzkiego Komitetu Dni Przeciwgruźliczych w Stanisławowie 14.800 znaczków á 10 groszy, zamieniono w Lwowskiem Twie Walki z gruźlicą 5.000 znaczków á 20 gr na 10.000 á 10 groszy.

Razem wysłano więc do Powiatowych Komitetów Dni przeciwgruźliczych 274.800 znaczków á 10 gr i 78.000 znaczków á 20 groszy.

Zamówiono również w Polskim Związku Przeciwgruźliczym potrzebna ilość ulotek w języku polskim, ruskim i żydowskim, plakaty, broszury i cały materjał propagandowy, jaki był do dyspozycji rozesłano bezpłatnie do wszystkich Powiatowych Komitetów. Akcja Miesiaca Przeciwgruźliczego zyskała orędownika w osobie Naczelnika Wydziału Zdrowia Dra Majewskiego, który mianowany Naczelnikiem Wydziału Zdrowia we Lwowie w listopadzie 1930 odrazu położył rękę na tętnie całej akcji. Podczas gdy w roku 1928/29 wzięło udział w akcji przeciwgruźliczej 13 powiatów, w roku 1929/30 26 powiatów (wszystkie bez jednego), to w roku obecnym zamówienia na znaczki przeciwgruźlicze wpływały tak wolno, że zachodziła obawa, że akcja przeciwgruźlicza w roku bieżącym zawiedzie.

Wobec tego Naczelnik Dr. Majewski w porozumieniu z Wojewódzkim Komitetem Dni Przeciwgruźliczych wydał okólnik Urzędu Wojewódzkiego o akcji Miesiąca Przeciwgruźliczego dołączając do każdego okólnika znaczki przeciwgruźlicze w ilości zależnej mniej więcej od zamożności powiatu, ilości mieszkańców i t. p. Zasługą niemniejszą Naczelnika Dra Majewskiego jest ostre rygorystyczne zarządzenie dotrzymania terminu rozliczeń sprzedaży znaczków i dziś można się pochlubić, że akcja Miesiąca Przeciwgruźliczego została ukończona tak wcześnie i rozliczenie przesłano już do Polskiego Zwiazku Przeciwgruźliczego.

Okólnik Urzędu Wojewódzkiego w sprawie Miesiąca Przeciwgruźliczego brzmiał następująco:

Lwowski Urząd Wojewódzki.
L. ZZ. 1625/30.

We Lwowie, dnia 21 listopada 1930.

Sprzedaż znaczków przeciwgruźliczych w miesiącu grudniu 1930.

Okólnik!

Do Panów Starostów powiatowych Województwa Lwowskiego.

W ślad za odezwą Wojewódzkiego Komitetu przeciwgruźliczego Urząd Wojewódzki prosi Pana Starostę, aby w ciągu dni przeciwgruźliczych w r. b. zechciał się zająć zorganizowaniem sprzedaży znaczków przeciwgruźliczych, na terenie powiatu.

Załączone pokwitowanie po potwierdzeniu odbioru znaczków zechce Pan Starosta zwrócić odwrotną pocztą bez ponagleń Urzędu Wojewódzkiego, zaś rozliczenie ze sprzedanych znaczków oraz zwrot nierozsprzedanych przesłać najdalej do 15 lutego 1931 r. pod tym samym adresem.

Za Wojewodę:
Dr. Wacław Majewski w. r. Naczelnik Wydziału Zdrowia.

Akcja przeciwgruźlicza przedstawia się w szczegółach następująco:

(Kwoty, które się wymienia stanowią całkowity wpływ ze znaczków, bez odliczenia 25% dla P. Związku Przeciwgruźliczego).

Bóbrka. Małe zrozumienie akcji przeciwgruźliczej u przeważnej części ludności, ciężkie warunki ekonomiczne tych, którzy nie szczędzą ofiar na cele społeczne. Główna część ludności wiejskiej i miejskiej odnosi się obojętnie do wszelkich zadań społecznych. Powiatowy Komitet zorganizował po 3 odczyty w Bóbrce i Chodorowie, wygłoszone przez lekarzy. Inspektor szkolny polecił Zarządom wszystkich szkół wygłosić odczyty na temat: Gruźlica czyli t. zw. suchoty według broszurki Dra Sawickiego. Lekarz powiatowy wygłosił pogadanki w Ośrodku Zdrowia. Miesiąc przeciwgruźliczy dał 200 zł dochodu. *Wynik słaby.*

Brzozów. Wygłoszono dwa odczyty dla publiczności, kilka pogadanek w szkołach. Urządzono zabawę taneczną w sali Sokoła. Sprzedawano znaczki na ulicach przy stolikach, w sklepach, aptekach, drogerjach, kinach, szkołach, gabinetach lekarskich, kancelarjach adwokackich. Dochód 500 zł. (Znaczków nie zwrócono — sprzedaż 100%).

Dobromil. Wygłoszono pogadanki w szkołach. Dochód 700 zł.

Drohobycz. Wygłoszono pogadanki w szkołach, zorganizowano odczyty dla społeczeństwa w Drohobyczu i Borysławiu. Dochód ze znaczków wynosi 2.655 zł 90 gr. *Na ogół słaby wynik.*

Gródek Jagielloński. Wygłoszono 3 wykłady o gruźlicy, liczne pogadanki po szkołach, urządzono zabawę taneczną i przedstawienie amatorskie, Sekcja Koła T. S. L. wygłosiła 5 odczytów z przeźroczami po wsiach. Dochód z zabawy i przedstawienia amatorskiego 201 zł 94 gr, ze znaczków 347 zł 80 gr.

Jaworów. Wyświetlono kilkakrotnie film Przeciwgruźliczy na ulicach miasta (na płaskich ścianach piętrowych domów), wygłoszono wykład dla publiczności, liczne pogadanki w szkołach, rozdano tematy zadań szkolnych o gruźlicy, w żeńskiej szkole powszechnej przeprowadzono lekcję praktyczną o gruźlicy przy współudziale uczennic V. kursu seminarjum. W pisemku szkolnem, wydawanem przez uczenice Seminarjum umieszczono artykuł jednej z uczenic, traktujący o gruźlicy. Kasa chorych sprowadziła film: „Jak Franek spędza dzień". Film zobaczyło około 1.000 osób (młodzież, członkowie Kasy chorych i publiczność szersza). Dochód ze znaczków 500 zł. (Znaczków nie zwrócono — sprzedaż 100%).

Jarosław. Wygłoszono 2 odczyty w języku polskim, 2 w języku żydowsk., liczne pogadanki w szkołach powszechnych, średnich i w Ośrodku Zdrowia. Wyświetlono 2 filmy „Nie pluj na podłogę", „Myj ręce", urządzono zbiórkę uliczną na dochód Powiatowego Koła walki z gruźlicą, która dała 104 zł, ze sprzedaży znaczków dochód 1.626 zł 60 gr.

Krosno. Komitet Powiatowy wydał drukowaną odezwę, którą rozesłał do Urzędów gminnych i wszystkich kierownictw szkół. Lekarze wygłosili 4 odczyty, ilustrowane tablicami, na odczytach było 1.500 osób. Dochód ze znaczków 1.200 zł. (Znaczków nie zwrócono, sprzedaż 100%).

Kolbuszowa. Wygłoszono liczne pogadanki po szkołach, wykłady mieli lekarze w Kolbuszowej i w Sokołowie. Znaczki sprzedawano w sklepach, restauracjach, w Urzędach państwowych dla funkcjonarjuszów państwowych. Dochód ze znaczków 600 zł. (Znaczków nie zwrócono — sprzedaż 100%).

Łańcut. Protektorat Komitetu lokalnego objęła P. hr. Potocka. Wygłoszono 7 odczytów w Łańcucie, Żołyni i Leżajsku. Dochód ze znaczków 500 zł. (Znaczków nie zwrócono — sprzedaż 100%).

Lisko. Ważnym momentem Miesiąca Przeciwgruźliczego było otwarcie z dniem 1. stycznia 1931 Przychodni Przeciwgruźliczej, angażowano do niej wywiadowczynię. Wygłoszono 2 odczyty, w szkołach liczne pogadanki i zadania szkolne na temat gruźlicy. Sprzedaż znaczków rozdzielono w grupach: dla lekarzy, aptek, lokalów publicznych, gmin i szkół. Dochód ze znaczków 296 zł 20 gr.

Lwów-powiat. Wygłoszono odczyty dla społeczeństwa, pogadanki po szkołach. Dochód ze znaczków 2.475 zł 40 gr. *Wynik dobry.*

Lubaczów. Wygłoszono odczyty w Lubaczowie, Cieszanowie, Narolu i w Oleszycach. Odczyty wygłosili lekarze przy licznym udziale publiczności. Lekarz powiatowy wraz z dyr. Szpitala Drem Leszczyńskim opracował popularny referat o gruźlicy, który w odbitkach został rozesłany gminom wiejskim, by naczelnicy gmin wygłosili w swoich gminach odczyty. W Lubaczowie, Narolu i Oleszycach urządzono zabawy taneczne. Dochód z nich wyniósł 282 zł. W szkołach rozdano broszury Dra Mikołajskiego, urządzono odczyty, pogadanki, poranki z odczytami i wyświetlaniem przeźroczy. Dochód ze znaczków 794 zł 30 gr.

Mościska. Wygłoszono 3 odczyty o gruźlicy. Dochód ze znaczków 557 zł 50 gr.

Nisko. Wygłoszono odczyty i pogadanki o gruźlicy w Nisku, Ulanowie, Rudniku, Zarzeczu i Jerzowem, w szkołach powszechnych i średnich, Inspektor szkolny wspólnie z żoną lekarza powiatowego urządzili pogadanki we wszystkich czytelniach T. S. L. Naogół z powodu zubożenia społeczeństwa dochód ze znaczków wynosi 184 zł.

Przemyśl. Wygłoszono 11 odczytów dla ogółu, pogadanki we wszystkich szkołach średnich i powszechnych. Umieszczono notatki w trzech tygodnikach, wychodzących w Przemyślu. Two higjeniczne urządziło zabawę kostjumowo-maskową, która przyniosła czystego dochodu 1.400 zł. Dochód ze znaczków wynosi *3.295 zł 90 gr. Wynik najlepszy.*

Przeworsk. Wygłoszono pogadanki o gruźlicy w szkołach. Lekarze w Przeworsku, Kańczudze wygłosili odczyty dla ogółu. Lekarz powiatowy w czasie zebrania Naczelników gmin wygłosił przemówienie propagandowe w związku z akcją znaczka przeciwgruźliczego oraz kilka pogadanek w czasie objazdu gmin wiejskich. Pow. Kasa Chorych zakupiła 500 sztuk broszury Dra Sawickiego „O gruźlicy" oraz kilkaset ulotek o gruźlicy, które rozdawano swoim członkom. Dochód ze znaczków wynosi 1.209 złotych.

Rawa Ruska. Dochód ze znaczków wynosi 500 zł. (Znaczków nie zwrócono — 100% sprzedaż).

Rudki. Urządzono odczyty o treści propagandowej. W Rudkach i Komarnie urządzono odnośne przedstawienia kinematograficzne. Dochód ze znaczków wynosi 400 zł.

Rzeszów. Wyświetlono 2 filmy: 1) Gruźlica kostna, 2) Sanatorjum Uniwersytetu Jagiellońskiego. 2 seanse zwiedziło 955 dzieci szkolnych. Podczas wyświetlania filmów urządzono pogadanki o gruźlicy. Hotele i restauracje nie okazały chęci zajęcia się sprzedażą znaczków. Dochód ze znaczków wynosi 2.000 zł.

Sambor. Wygłoszono 97 wykładów w szkołach miejskich i wiejskich, 2 wykłady dla inteligencji. (Gruźlica, jako klęska społeczna i walka z nią; Słońce lekarzem gruźlicy kości i gruczołów) (ilustrowane przeźroczami). Sprzedaż znaczków dokonywała Rada szkolna powiatowa, Magistrat, Starostwo, lekarz powiatowy, Ośrodek Zdrowia w Poradni przeciwgruźliczej i przeciwjagliczej, Kasa chorych, Sąd Grodzki i Okręgowy, lekarze i apteki, cukiernie, sklepy, kinoteatr, restauracje. Urządzono zabawę karnawałową, która dała 312 zł dochodu. Dochód ze znaczków wynosi 800 zł.

Sanok. Urządzono zbiórkę uliczną, która dała 214 zł 49 gr dochodu. Lekarz powiatowy urządził 7 odczytów w szkołach 1 odczyt publiczny. Przybyło na odczyt 317 osób. W gimnazjum były 2 odczyty. We wszystkich szkołach powiatu była 1 godzina nauki poświęcona pogadance na temat walki z gruźlicą. Wszystkie szkoły urządziły obowiązkowe zadania szkolne: „Co wiesz o gruźlicy". Wydrukowano afisze propagandowe wydane przez Komitet lokalny. Wyświetlono przez 3 dni film propagandowy „Prewentorjum w Ustroniu". Film zwiedziło 1.237 osób bezpłatnie, 537 żołnierzy i 739 osób cywilnych. Wyświetlenie filmu poprzedziła prelekcja na temat walki z gruźlicą. Wszystkim szkołom rozdano do biblioteki po 2 egzemplarze broszurki Dra Mikołajskiego o gruźlicy. W siedzibach lekarzy okr. odbyło się 8 odczytów. Dochód ze sprzedaży znacz-

ków 2.000 złotych. (Znaczków nie zwrócono. 100% sprzedaż). *Wynik bardzo dobry.*

Sokal. Sprzedano małą ilość znaczków, ponieważ równocześnie w grudniu odbywała się sprzedaż znaczków na Komitet Pomorza, a ludność ruska wstrzymała się od ofiarności, nadto ciężka sytuacja gospodarcza jest przyczyną. Wygłoszono odczyty po szkołach powszechnych i średnich. Brak w akcji Komitetu Dni Przeciwgruźliczych głównego orędownika ś. p. Dra Jarockiego, lekarza powiatowego. Dochód ze znaczków wynosi 392 zł 80 gr.

Stary Sambor. Akcja wypadła bardzo słabo z powodu nędzy materjalnej ludności powiatu. Urzędy państwowe zasypywane są znaczkami i nalepkami na różne cele. Odczyty propagandowe o gruźlicy wygłosili lekarze w Chyrowie, Felsztynie, Starym Samborze i Strzyłkach. Dochód ze znaczków wynosi 303 zł 80 gr. *Wynik bardzo słaby.*

Strzyżów. Urządzono odczyty w Strzyżowie (2), w Frysztaku, w Czudcu, wygłoszono pogadanki propagandowe w szkołach. Dochód ze znaczków wynosi 332 zł.

Tarnobrzeg. Dochód ze znaczków wynosi 169 zł 50 gr.

Żółkiew. Wygłoszono w Żółkwi 2 odczyty (obecnych 350 osób), a w Mostach Wielkich, Kulikowie we wszystkich szkołach urządzono pogadanki na temat gruźlicy. Urządzono zabawę sylwestrową, która daje jednak mały dochód. Kolej i Kasa chorych dostała znaczki z innych źródeł, co powoduje szkodę dla funduszu przeciwgruźliczego powiatu. Dochód ze znaczków wynosi 1040 zł.

Dok. nast.

BIBLJOGRAFJA.

Artykuły oryginalne w czasopismach.

Piśmiennictwo polskie.

Wiadomości farmaceutyczne, rok LVIII, nr. 41, z 11 października 1931: M. Proner: Polskie glony botaniczne w indeksie kanonu Avicenny (1608). — Sprawy zawodowe.

Lekarz wojskowy, tom 18, nr. 5/6 z września 1931: St. Kon, M. Maysner, Z. Grynberg: Badania nad działaniem drożdży naświetlanych na krzywicę u dzieci. — W. Lindeman: Krzywa oddechowa. — Z. Neyman: O cholecystografji. — L. Krzewiński: Toksykologja tlenku węgla. — J. Sparowicz: Żeńskie hormony płciowe.

Przyroda i technika, rok X, nr. 8, z października 1931: J. Borowik: O zasoleniu Zatoki Gdańskiej. — B. Szabuniewicz: O nowej teorji działania ustroju nerwowego (teorji Weissa). — J. Szmid: Celuloid.

Warszawskie czasopismo lekarskie, rok VIII, nr. 41, z 8 października 1931: L. Prussak: O postaci rodzinnej stwardnienia rozsianego. — M. Girszowicz: Przyczynek do leczenia wrzodów martwiczych na tle miażdżycy tętnic obwodowych. — J. Penson: Cukrzyca wysepkowa i insulino-oporna (Streszcz. pogl.). — St. Justman: Kilka słów o słownictwie neurologicznem. — M. Kacprzak: Poprzez Niemcy.

Kronika Izby lekarskiej lwowskiej, rok II, nr. 7—8, z r. 1931: Z działalności Zarządu Izby lekarskiej lwowskiej. — W sprawie nowelizacji Kasy ubezpieczeniowej członków Izby lekarskiej lwowskiej. — Lwowskie Towarzystwo pomocy dla wdów i sierót po lekarzach.

Dziecko i matka, rok VI, nr. 19, z r. 1931: M. Benisławska: Trzeba nauczyć. — J. Hikiertowa: Kiedy dzieci nas nudzą. — St. Pfanhauser: O macosze i kopciuszkach. — F. Kruszewska: Trzeba porozmawiać z dzieckiem. — F. Łuniewska: Sen niemowląt. — A. Klęsk: Deformacje czaszki dziecka. — M. Kłosińska: Choroby dróg oddechowych.

Wiadomości Kas Chorych, rok II, zeszyt 15—16 z r. 1931: Zarządzenia M. P. i O. S. — Zarządzenia O. P. Z. K. Ch. — Doświadczenia lecznictwa kasowego. — Z zagadnień ustawodawstwa ubezpieczeniowego. — Międzynarodowa polityka społeczna. — Z zagadnień organizacyjnych kas chorych. — Dział sprawozdawczy. — Higiena pracy i choroby zawodowe. — Ubezpieczenia społeczne zagranicą. — Z życia kas chorych. — Praca i opieka społeczna. — Bezrobocie. — Opieka nad dziećmi i młodzieżą.

Położna, rok IV, nr. 9—10, z r. 1931: M. Solecka: Wytyczne dietetyczne w ciąży prawidłowej i jej powikłaniach. — J. Doliński: Jak powinna zachować się i postępować położna w III okresie porodowym.

Wiedza lekarska, rok V, nr 10 z r. 1931: Kowalewski: Występowanie grypy epidemiczne i sporadyczne. — Fr. Sieniecki: O czasie zajścia w ciążę i fizjologicznej bezpłodności u kobiety w okresie międzymenstruacyjnym.

PRZEGLĄD PIŚMIENNICTWA.

Piśmiennictwo francuskie.

La Presse Médicale.

Nr. 57.

R. Demanche: *Lipoidy jako antygeny i mechanizm odczynów serologicznych przy kile.* Autor omawia nowsze badania nad antygenami cząstkowemi, podnosi wartość badań nad antygenami lipoidowemi i podkreśla specyficzność wywoływaczy lipoidowych (swoistość zoologiczna, histologiczna, grupowa). Na podstawie nowszych badań nad temi antygenami należy odczyny serologiczne przy kile uważać za reakcje przeciwciał, powstających w organiźmie zakażonym, z wywoływaczami, a nie jak poprzednio sądzono za zaburzenia w układzie fizyko-chemicznym we krwi chorych kiłowych.

Nr. 58.

H. Dufour i Y. Le Hello: *Uwagi o stosowaniu surowicy (anthema) przy krwawieniach.* Autorowie podnoszą, że nawet ciężkie krwawienia wstrzymuje surowica *anthema* (surowica królików) i podają 21 obserwacyj różnych krwotoków.

G. Archambault i A. Marin: *Fizjoterapja trądzika zwykłego.* Bardzo dobre wyniki lecznicze otrzymuje się przy stosowaniu promieni Roentgena. Metoda ta stosowana głównie w Ameryce daje o wiele szybsze i pewniejsze wyniki jak leczenie środkami farmakologicznemi. Także wyniki kosmetyczne są znacznie lepsze. Tylko powierzchowna forma pustułkowa trądzika nie nadaje się do leczenia promieniami, postacie guzkowe, grudkowe i inne głębokie leczą się bardzo dobrze. Autorowie stosują technikę naświetlań i dawkowanie według metody Mac Kee, która ogólnie jest przyjęta w Ameryce północnej.

Nr. 59.

E. Bertin, P. Nayrac i A. Breton: *Utajona kiła jąder.* U osób kiłowych stwierdza się zwykle małą płodność albo też całkowitą niepłodność. Przyczyną tego stanu ma być utajona kiła jąder. Autorowie rozważają poszczególne przyczyny zmniejszonej płodności jak zmniejszenie żywotności i ruchliwości plemników, brak lub zmniejszenie ilości plemników, zmiany morfologiczne itp. Przy mikroskopowem badaniu jąder osób kiłowych stwierdzali często różne zmiany jak stwardnienie naczyń, kanalików nasiennych, nacieczenie limfocytarne, uszkodzenie i zanik właściwej tkanki jądrowej, zaburzenia w spermogenezie itd. Zmiany anatomiczne jąder u osobników z kiłą utajoną oraz często stwierdzane zmiany w ilości i jakości plemników tłumaczą zmniejszoną płodność oraz występowanie różnych zaburzeń dystroficznych u dzieci takich osób.

Nr. 60.

H. Chabanier, C. Lobo-Onell i E. Lélu: *Wywoływanie przecukrzenia krwi na czczo.* Poznanie krzywej hiperglikemicznej po spożyciu cukru odgrywa w klinice ważną rolę w badaniach nad przemianą węglowodanów i próba ta jest uważana za jedną z najpewniejszych przy rozpoznaniu cukrzycy. Autorowie stwierdzają, że próba ta tylko w ściśle określonych warunkach może służyć za pewny wskaźnik w poznaniu przemiany cukrowej, ponieważ dieta z poprzedniego okresu wywiera bardzo wyraźny wpływ na rodzaj krzywej hiperglikemicznej. Przy diecie mieszanej krzywa po spożyciu cukru jest mniej wyraźna, brak pokarmów tworzących cukier tj. węglowodanów i białka w diecie powoduje, że reakcja po spożyciu cukru staje się wybitniejsza. Próba hiperglikemiczna po kilkudniowym głodzie jest zawsze przedłużona i wyraźniej zaznaczona jak krzywa u osobnika niegłodzonego, co należy tłumaczyć tem, że głód zmniejsza ilość insuliny we krwi.

M. Paynjon: *Znieczulenie miejscowe przy pomocy perkainy „Ciba".* Autor omawia własności chemiczne i farmakologiczne tego środka znieczulającego, sposób przygotowania płynu do wstrzykiwań, wskazania do stosowania tego środka i podaje kilkanaście obserwacyj klinicznych.

Nr. 61.

F. Lebeuf i H. Mollard: *Leczenie złotem toczenia pospolitego.* Leczenie złotem chorób skórnych, występujących na tle gruźliczem (tuberkulidy) zdobyło już sobie pewne uznanie, natomiast o wartości złota przy gruźlicy skóry zdania są podzielone. Autorowie omawiają piśmiennictwo leczenia złotem toczenia pospolitego i podają kilkanaście własnych obserwacyj (przypadki świeże i stare, przeważnie rozległe), które były poprzednio leczone różnemi metodami z wynikami niepomyślnemi. Podkreślają, że złoto jest bardzo tęgim środkiem leczniczym w wielu przypadkach i że

często przewyższa wszelkie inne metody leczenia tocznia, szczególnie co do swej szybkości wywoływania poprawy lub wyleczenia, a przy odpowiedniem indywidualnem dawkowaniu nie przedstawia prawie żadnych niebezpieczeństw. Dlatego też polecają zawsze spróbować tej metody.

Nr. 62.

Ch. Lenormant i P. Wilmoth: *Przedziurawienia jelitowe przy durze brzusznym.* Podają 10 obserwacyj pęknięcia jelit w przebiegu różnych okresów duru brzusznego, które poddano zabiegowi operacyjnemu (3 wyleczenia). Podkreślają doniosłość szybkiego rozpoznania i podają objawy oraz metody operacyjne.

Conzette: *Patogeneza bólów nad kłykciami (epicondylitis) u graczy w tennisa.* Autor przypuszcza, że bóle te lokalizowane w dolnej części kości ramieniowej (u pracujących inaczej występują, w innem miejscu) są wywołane przez pociąganie okostnej, jeśli niema żadnych zmian dających się wykazać przez obmacywanie lub przez badanie rentgenologiczne jak to zazwyczaj bywa w takich wypadkach. Dlatego też sądzi, że odpowiedniejszą nazwą dla takich spraw jest periostalgja (ból okostnowy).

Nr. 63.

P. Nayrac i A. Breton: *W sprawie dziedziczności gruźliczej ze strony ojca i badanie histologiczne jąder u gruźliczych.* Autorowie rozważają, jakie znaczenie posiada dziedziczność ze strony ojca gruźliczego, szczególnie w związku z nowszemi badaniami nad przesączalnością zarazka gruźliczego. Zaznaczają, że zaburzeń funkcjonalnych ze strony jąder zazwyczaj nie stwierdza się u chorych na gruźlicę. Następnie podają wyniki swoich badań nad histologją jąder u gruźliczych (11 przyp.). Stwierdzali zwykle stwardnienia interstycjalne, często zaburzenia w spermatogenezie, czasem nacieczenia limfocytarne i in. Na podstawie tych badań sądzą, że jądra u chorych gruźliczych są prawie z reguły uszkodzone, posiadają zmienioną budowę histologiczną, dlatego też plemniki z takich jąder nie są zupełnie normalne i dzieci urodzone przez takich ojców nie mogą być całkiem normalne, są one jakby obciążone dziedzicznie, podobnie jak przy kile lub alkoholiźmie.

H. Christiani: *W sprawie szkodliwości wyziewów fabrycznych.* Autor zwraca uwagę na wielką szkodliwość różnych dymów i wyziewów fabrycznych. Szczególnie fluorki i fluorowodór jest bardzo niebezpieczny. U zwierząt, zjadających rośliny, zaprószone pyłem fabrycznym, występują różne ciężkie schorzenia, szczególnie narządu ruchu (rozmiękczenie kości) w przewlekłych stanach u ludzi, przebywających w otoczeniu fabrycznem i u zwierząt, zatruwanych przez podawanie miesiącami minimalnych dawek fluoru, występują różne zaburzenia nerwowe, zajęcie stawów, charłactwo, większa śmiertelność i tp.

Nr. 64.

R. J. Wiessenbach i F. Françon: *Przewlekły reumatyzm stawowy z równoczesnem zajęciem gruczołów limfatycznych i śledziony.* (zespół Chauffarda-Stilla). Zespół Ch.-Stilla charakteryzuje się przewlekłym reumatyzmem, powiększeniem okolicznych gruczołów limfatycznych (zespół Chauffarda u dojrzałych) lub powiększeniem śledziony (zespół Stilla u dzieci) i zaburzeniami ogólnemi, (charłactwo). Autorowie omawiają klinikę, anatomję patologiczną i diagnostykę tego schorzenia, zaznaczają, że etjologja i patogeneza jest niejednolita (samozatrucie, zakażenie). Ze stanowiska anatomo-patologicznego należy ten zespół zaliczyć do grupy reumatyzmów włóknistych. Ze środków leczniczych, stosowanych w tem schorzeniu, wspominają o jodzie, arsenobenzolu, inne środki mogą odgrywać rolę raczej pomocniczą.

Nr. 65.

P. Giraud: *Kalaazar we Francji.* Autor omawia epidemjologję, klinikę, diagnostykę i leczenie kalaazar śródziemnomorskiej (leiszmaniozy dziecięcej) i zaznacza, że od czasu wojny chorobę tę spotyka się coraz częściej nawet w głębi europejskiej Francji.

Fainsilber i M. Portret: *Diatermja w sprawach zapalnych miednicy i sutek.* Autorowie wyliczają wskazania do stosowania tej metody leczniczej, podają metodykę i wyniki lecznicze w kilkudziesięciu przypadkach różnych schorzeń.

Nr. 66.

L. Hudelo i R. Rabut: *Pyodermitis chronica.* Autorowie opierają swoją klasyfikację na własnościach morfologicznych i rozróżniają: *pyodermitis vegetans, ulcero-vegetans* i *ulcerosa.* W pierwszej grupie rozróżniają postać brodawkowatą, o małych ogniskach, brodawczakowatą i guzowatą, w 2 następnych grupach odróżniają postacie powierzchowne i głębsze. Omawiają obraz kliniczny i anatomo-patologiczny poszczególnych postaci chorobowych, rozpoznanie i patogenezę.

P. Lépine: *W sprawie cyklu rozwojowego krętka bladego.* Doświadczenia wielu badaczy wykazały, że istnieje forma niewidzialna krętka bladego, która występuje w zjadliwej tkance kiłowej, niezależnie od tego czy tkanka ta zawiera krętki blade czy też nie. Dawniej sądzono, że tylko forma widzialna czyli krętek blady jest zjadliwy i wywołuje specyficzne zmiany w organiźmie, obecnie raczej przypuszcza się, że tylko forma niewidzialna jest zjadliwa. Zmiana w tych poglądach oparta jest na doświadczeniach, które wykazują, że tkanka nerwowa chorych na porażenie postępowe, mimo to, że zawiera dużo krętków bladych, nie jest zjadliwa dla zwierząt, wrażliwych na zakażenie kiłowe. Wynik negatywny występuje dlatego, że tkanka nerwowa nie zawiera formy niewidzialnej.

Skowroński (Lwów).

RUCH W TOWARZYSTWACH LEKARSKICH. — ZJAZDY.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie z dnia 14 lutego 1931.

Przewodniczy: prezes kol. Rożkowski.

1. Kol. Gutman pokazał 2-ch chorych: 1) Młodego mężczyznę z *niedorozwojem mięśnia piersiowego dużego po stronie lewej.*

2) Chłopca kilkunastoletniego z *silnym przerostem gruczołów chłonnych szyi,* demonstrowanego już raz w dniu 27 września 1930 r., u którego pomimo energicznego leczenia zachowawczego (lampa kwarcowa, Roentgen, tran, ostatnio injekcje tuberkuliny) sprawa nietylko nie ustępuje, lecz nawet pogarsza się stale. Uważa za wskazane leczenie chirurgiczne.

Dyskusja: Kol. Rożkowski stwierdza u chorego wytrzeszcz i rozszerzenie źrenic, co wskazuje na zajęcie n. współczulnego; wobec znacznej poprawy ogólnego stanu chorego uważa, iż w dalszym ciągu należy stosować terapję zachowawczą, gdyż sprawy tego rodzaju zwykle są uporczywe i bardzo przewlekłe.

2. Kol. Łokczewski wygłosił odczyt: *„400-lecie ojca chirurgji Ambrożego Paré".* W r. 1930 minęło 400 lat od czasu, kiedy 20-letni Ambroży Paré wszedł do szpitala l'Hôtel-Dieu w Paryżu, rocznicę tę uczczono we Francji. Przemawiając o tym bohaterskim, obcym lekarzu, ma prelegent, jako zachętę, na widoku 2 względy: 1) czterowiekowa pamięć o wielkości francuskiej budzi refleksje o losie naszych sławnych lekarzy, których zasługi toną w niepamięci; 2) w działalności Paré, w epoce pierwocin chirurgji i medycyny, widać dobitnie pierwiastki genjalne, doskonały dar obserwacji i śmiałość wnioskowania. Niezwykłe warunki pracy „ojca chirurgji" budzą świadomość, że w wyścigu pracy narodów nie wystarcza poznawanie wiedzy sąsiadów, potrzeba wytwarzać twórczy płomień, aby dać innym „coś" z siebie.

Po tym wstępie prelegent podał ważniejsze fakty z życia Paré. Urodził się w r. 1510 w Laval w rodzinie rzemieślnika. Łaciny nie znał, co mu wiele utrudniało pracę naukową. Uczęszczał do Szkoły Lekarskiej i tam się wyróżnił zdolnością i zamiłowaniem do pracy, pozyskał sympatję i poparcie sławnego Sylwiusza i dla tego w r. 1530 został przyjęty jako pomocnik chirurga *(compagnon chirurgien)* do szpitala l'Hôtel-Dieu. W r. 1536 poraz pierwszy w życiu wyruszył z wojskiem, jako chirurg polowy, na teren Sawoi. Tu w straszliwych warunkach bitew wykazał swe poświęcenie i niezwykłą pomysłowość. Okrutny zwyczaj zalewania świeżych ran wrzącym olejem sprawiał mu wielką przykrość. Pewnego razu, gdy zabrakło oleju, zastosował łagodną maść z żółtek — nazajutrz stwierdził ze zdumieniem, że ci chorzy mają się bez porównania lepiej. Odtąd nie stosował więcej wrzącego oleju. — Gdy po trzech latach wrócił do Paryża, zachęcił go Sylwiusz do napisania książki naukowej. Nie było to łatwe zadanie: łaciny nie znał, język francuski był wtedy niewyrobiony. Musiał dużo pracować, stwarzając nowy język lekarski, aż w r. 1545 wydał książkę: „o leczeniu ran" *(La methode de traiter les playes faites par arquebusses et bâtons à feu.).* Po śmierci króla Franciszka I w r. 1547 powtórnie wyruszył na wojnę na terenie Lotaryngji. Tu pewnego dnia, gdy po dokonanej amputacji podudzia podano mu rozpalone żelazo do zatamowania krwi, odsunął je i ku zdziwieniu otoczenia, kawałkiem nici podwiązał naczynie, w szczypce ujęte. Rękoczyn ten oczywiście był przez niego oddawna przemyślany i uczynił imię Ambrożego Paré sławnym na wieki. Po kilku latach kolegjum chirurgów przyjęło go do swego grona z wyraźnem jednak zastrzeżeniem „aby się nauczył łaciny i chirurgji".

Inne liczne prace Paré utonęły w bibljotekach, ale wynalazek ligatury uczynił go nieśmiertelnym.

W r. 1572 w noc św. Bartłomieja ledwie ocalał dzięki opiece króla, jako dziecko XVI wieku był bowiem myśli wolnej i należał do Hugenotów. Zmarł, jako starzec 80-letni w r. 1590.

Na pomniku jego w Laval wyryto wyrazy: *„Le chirurgien à la face piteuse rend à son malade la playe venimeuse"*. (Streszczenie własne).

Dyskusja: Kol. Russ przypomina, iż nie mniej ważne są zasługi Paré'go i w akuszerji: Paré dał chirurgom ligaturę, akuszerom obrót.

Kol. Rożkowski nawiązując do wstępu prelegenta, podkreśla, że Polska dała medycynie krytykę lekarską filozoficzną, pierwszą w Europie; w ostatnich czasach ruch krytyczno-lekarski zaczyna rozwijać się w Niemczech. Było by bardzo pożądanem, aby lekarze polscy podjęli trud zaznajomienia zagranicy, szczególniej Francji, ze szkołą filozoficzno-lekarską polską.

3. Kol. Szaniawski składa *sprawozdanie ze zjazdu przedstawicieli prowincjonalnych komitetów szczepień ochronnych przeciwgruźliczych,* który odbył się w Warszawie w dniu 18. I. 1931. Przewodniczył prof. Hirszfeld. Cel zjazdu, ujednostajnienie akcji szczepień ochronnych przeciwgruźliczych w Polsce. Po wysłuchaniu sprawozdań z dotychczasowej akcji szczepień, stwierdzono, że w Polsce w 1928 r. zaszczepiono przeszło 6.000 dzieci; szczepienia są absolutnie nieszkodliwe. Najlepiej sprawa szczepień przedstawia się w Poznaniu i Warszawie, gdzie około 60% dzieci szczepionych jest pod obserwacją lekarską. Zjazd powziął szereg uchwał, z których najważniejsze są następujące:

1) Prowadzić szczepienia pod ścisłą kontrolą naukową, według instrukcji ustalonej przez zjazd kierowników szczepień, przestrzegać wszystkich zasad, które dadzą możność ścisłego sprawdzenia skuteczności szczepionki B. C. G.

2) Dążyć do tworzenia w każdej miejscowości izolatorjów dla szczepionych noworodków.

3) Poradnie przeciwgruźlicze winny prowadzić ścisłą rejestrację gruźlików prątkujących, gdyż tylko wtedy można będzie stosować szczepienia ochronne noworodków ze środowisk gruźliczych na szeroką skalę.

4) Dążyć do opracowania dokładnej statystyki porównawczej umieralności z powodu gruźlicy dzieci nieszczepionych i żyjących w styczności z gruźlicą.

5) Wciągnąć do współpracy w akcji szczepień Kasy Chorych.

6) Pozostawać w ścisłej łączności z Głównym Komitetem w Warszawie, któremu będą składane okresowe sprawozdania z akcji i wyników dokonanych szczepień.

7. Zaopatrywać się w szczepionkę przez P. Z. P., który dostarczać ją będzie bezpłatnie za zwrotem kosztów przesyłki.

Następnie sprawozdawca podaje, że w Częstochowie na 29 szczepionych noworodków chrześcijan zmarło 9-ro; z pośród 14 szczepionych noworodków wyznania mojżeszowego nie zmarł żaden. Wszystkie szczepione noworodki pochodziły ze sfer najuboższych i rodzin gruźlików przeważnie prątkujących. 31 dzieci szczepionych znajduje się pod obserwacją lekarską i czuje się dobrze.

4. Sprawozdanie roczne T-wa za 1930 rok.

A. Sprawozdanie sekretarza: W roku sprawozdawczym 1930-m T-wo Lekarskie Częstochowskie miało 50 członków rzeczywistych i 30-tu członków honorowych; w ciągu roku przyjęto w poczet członków rzeczywistych Kol. Tadeusz Wiszniewskiego. Zmarło 4-ch członków honorowych T-wa: 1) Prof. Kazimierz Noiszewski, 2) Dr. Kazimierz Dłuski, 3) prof. Stanisław Trzebiński i 4) prof. Bronisław Sawicki; z członków rzeczywistych zmarł kolega Karol Tomaszewski. — Posiedzeń zwykłych odbyło się 12. Działalność T-wa obejmowała następujące działy: 1. Odczytów i referatów wygłoszono 12. 2. Przemówień specjalnych 6. 3. Pokazów chorych i preparatów było 13. 4. Do działu kazuistyki należało 4 komunikaty.

B. Sprawozdanie skarbnika: Skarbnik przedstawia preliminarz budżetowy na r. 1931. Przypuszczalne wpływy ze składek = 2352 zł., czysty dochód 2117 zł; wydatki przewidywane na rok 1931 stanowią kwotę 1700 zł; pozostanie 417 zł.

C. Sprawozdanie bibljotekarza: W roku sprawozdawczym bibljoteka T-wa powiększyła się o 26 tomów książek i 6 tomów roczników pism. Prenumeruje się następujące pisma: 1) Warszawskie Czasopismo Lekarskie, 2) Polską Gazetę Lekarką, 3) Medycynę, 4) Archiwum Historji i Filozofji Medycyny, 5) Klinische Wochenschrift, 6) Bulletins et Memoirs de la Societé Médical des Hôpitaux de Paris.

5. *Wybory zarządu T-wa na r. 1931.* W głosowaniu tajnem do zarządu T-wa na r. 1931 zostali wybrani następujący koledzy: 1. Dr. Karol Rożkowski na prezesa, 2. Dr. Władysław Wrześniowski na wice-prezesa, 3. Dr. Kazimierz Łokczewski i 4. Dr. Adam Borkowski na sekretarzy, 5. Dr. Ignacy Frenkenberg na bibljotekarza, 6. Dr. Paweł Szaniawski na skarbnika, 7. Dr. Kazimierz Okuszko i 8. Dr. Ludwik Batawja na członków Zarządu. Do Komisji Rewizyjnej wybrano kolegów: 1) Dra Edwarda Petrykata, 2) Lek. dent. A. Gelbarda i 3) Dra Stanisława Szwedowskiego.

Sekretarz: *Adam Borkowski.*

WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Warszawa.

Program IV-go Zjazdu Towarzystwa Mikrobiologów i Epidemjologów Polskich w Warszawie w dniach 1, 2 i 3 listopada 1931 r.

Sobota 31 października o godz. 20-ej: Zebranie zapoznawcze uczestników Zjazdu w gmachu Państwowej Szkoły Higjeny (Chocimska 24).

Dzień 1-szy. Niedziela 1 listopada. Posiedzenie odbywa się od godz. 9—13-ej i od $15^1/_2$—19-ej. Otwarcie Zjazdu. Wybór Prezydjum Zjazdu. L. Padlewski (Poznań): Bakterjologja i serologja duru brzusznego (referat programowy). M. Kacprzak (Warszawa): Epidemjologja i profilaktyka duru brzusznego (referat programowy). H. Makarczykówna i W. Wróblewski (Bydgoszcz): Wpływ stężenia jonów wodorowych podłoża na własności zlepne pałeczki durowej. H. Meisel i S. Mikulaszek (Lwów): Antygen resztkowy przy dysocjacji pałeczek grupy durowej. L. Owczarewicz (Warszawa): W sprawie zmienności szczepów durowych i rzekomodurowych. Z. Bohdanowiczówna i A. Ławrynowicz (Warszawa): Znaczenie zmienności drobnoustrojowej w djagnostyce epidemjologicznej duru brzusznego. J. Żurkowski (Łódź): Epidemja duru brzusznego w środowisku szczepionem zapobiegawczo. I. Dworecki (Warszawa): Dur brzuszny a opony mózgowe. W. Lipiński (Lwów): Chemoterapja duru brzusznego na podstawie badań własnych. Dyskusja. J. Seydel (Warszawa): O pałeczkach okrężnicy niezakwaszających cukru mlekowego. I. Lipska (Bydgoszcz): O bakterjofagach grupy okrężnicowej. Dyskusja. L. Hirszfeld (Warszawa): O zwalczaniu błonicy na terenie międzynarodowym. H. Sparrow i R. Kaczyński (Warszawa): Akcja przeciwbłonicza na terenie m. st. Warszawy. S. Sierakowski i R. Zajdel (Warszawa): Dalsze prace nad oczyszczaniem jadów błoniczych. Dyskusja. G. Szulc i Z. Kołodziejska (Warszawa): Wpływ awitaminozy A na rozwój gruźlicy u białych szczurów. Dyskusja. K. Apperman i J. Berest (Lwów): Przyczynek do badań nad agranulocytozą. Dyskusja. A. Wieczorek i L. Michniewiczówna (Warszawa): Badanie bakterjologiczne łącznicy oka przed operacją na gałce ocznej. Dyskusja. Godzina 21. Kolacja koleżeńska w Hotelu Angielskim (Wierzbowa 6) za opłatą 10 zł od osoby. Dojazd tramwajami do pl. Teatralnego lub autobusami do pl. Marszałka Piłsudskiego. (Strój wizytowy). Zapis w sekretarjacie Zjazdu do godz. 1-szej dn. 1 listopada.

Dzień 2-gi. Poniedziałek 2 listopada. Posiedzenie od godz. 9—13-ej i od $15^1/_2$— 19-ej. K. Lewkowicz (Kraków): Patogeneza i odporność w sprawach zakaźnych dróg oddechowych (referat programowy). M. Gieszczykiewicz (Kraków): Bakterjologja i epidemjologja grypy (referat programowy). F. Przesmycki (Warszawa): Bakterjologja zapaleń płuc (referat programowy). A. Kobryner: W sprawie etjologji grypy. W. Rymkiewicz (Toruń): W sprawie t. zw. grypy na Pomorzu. M. Wawrzyńska (Warszawa): Badania systematyczne na obecność microc. catarrhalis w jamie ustnej i gardzieli kilku osobników dorosłych. Dyskusja. K. Łukasiewicz (Warszawa): Biologja szczepów błoniczo podobnych, spotykanych przy nieżycie nosa (ozaena). Dyskusja. K. Lewkowicz (Kraków): Pokaz preparatów i mikrofotogramów splotów naczyniastych ze zmianami przerzutowemi, stanowiącemi punkt wyjścia dla nagminnego zapalenia opon. Dyskusja. W. Wróblewski (Bydgoszcz): Hodowla i morfologja mikroba ospy (krowianka). J. Wróblewska i W. Wróblewski (Bydgoszcz): Hodowla krętka bladego na pożywce z watą. Dyskusja. L. Hirszfeld i R. Amzel (Warszawa): O dziedziczeniu cech M i N. Dyskusja. L. Hirszfeld i W. Halber (Warszawa): O własnościach serologicznych tkanki embrjonalnej. Dyskusja. K. Bassalik (Warszawa): „Bios" i „auxymony" w świetle badań nad azotobacter chroococcum (Beijerinck). Dyskusja. A. Wałek-Czernecka (Warszawa): Grzyby niszczące podkłady kolejowe w Polsce. W. Iwanowski (Warszawa): Trójchlorfenole i ich działanie na grzyby niszczące drzewo. Dyskusja. W. Karbowski (Warszawa): Nowa metoda wyjaławiania płynów zapomocą prądu elektrycznego. Z. Bohdanowiczówna (Warszawa): Zastosowanie prądu elektrycznego do wyjaławia płynów. Dyskusja. T. Kirkor (Warszawa): Zanieczyszczenie i samooczyszczenie się rzek Wolbórki Czarnej

i Pilicy w okolicach Tomaszowa Mazowieckiego. J. Goldberżanka i S. Sierakowski (Warszawa): Bakterjofagi w wodzie Wisły, wodociągów i ścieków. Dyskusja. H. Grundgang (Warszawa): Z zagadnień z dziedziny dezynfekcji, dezynsekcji i deratyzacji. Dyskusja.

Dzień 3-ci. Wtorek 3 listopada. Posiedzenie od godz. 9—12-ej. O. Bujwid (Kraków): Rozpowszechnianie się trądu w Brazylji z uwzględnieniem polskich osadników. Dyskusja. L. Fleck (Lwów): Reakcja egzantynowa jako swoisty dla duru plamistego odczyn skórny. L. Anigstein (Warszawa): a) Badania doświadczalne nad etjologją duru plamistego tropikalnego na półwyspie Malajskim. b) Epidemjologja duru plamistego tropikalnego. H. Sparrow (Warszawa): Dur plamisty meksykański. Dyskusja. L. Anigstein (Warszawa): Sprawozdanie z pracy nad malarją w Sjamie. Dyskusja. S. Sierakowski i B. Zabłocki (Warszawa): Z badań nad odczynami serologicznemi w kile: Ph a komplement. Dyskusja. K. Panek (Bydgoszcz): Przywrócenie zjadliwości szczepu prątka gruźliczego Calmette-Guerina (BCG). Zamknięcie Zjazdu. Godzina 12-ta. Wyjazd autobusami z przed gmachu Szkoły Higjeny na zwiedzenie ośrodka zdrowia na Grochowie, Państwowego Instytutu Wychowania Fizycznego na Bielanach i pracowni bakterjologicznych na terenie m. Warszawy. Opłata udziału 1 zł. Zapis do godz. 12-ej dn. 2 listopada.

Państwowa Szkoła Higjeny zawiadamia, że termin kursu trachomatologji dla lekarzy, który miał się odbyć w czasie od 11—19 listopada r. b. przesunięty został o jeden tydzień t. j. kurs rozpocznie się dn. 18-go listopada i będzie trwał do 25-go listopada r. b.

Prof. Dr. Franciszek Krzyształowicz, Profesor dermatologji Uniw. warszawskiego, dyrektor Wydziału lekarskiego Polskiej Akademji Umiejętności, jeden z najwybitniejszych współczesnych dermatologów, b. rektor uniwersytetu warszawskiego, od szeregu lat prezes Polskiego Towarzystwa dermatologicznego w Warszawie, zmarł nagle w Warszawie w 67-mym roku życia.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 13. października 1931 r. o godzinie 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1) D. Hellin: Uwagi w sprawie techniki operacyj kosmetycznych nosa (z pokazami). 2) A. Oszacki: Porównawcze wyniki badań chemiczno-klinicznych krwi u chorych na raka i inne cierpienia. 3) L. Zembrzuski: Intuicja w medycynie.

Posiedzenie naukowe Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego odbyło się we wtorek dn. 20 października 1931 r. o godz. 8 wiecz. Na porządku dziennym: 1) Wł. Filiński i Z. Franio: Przypadek ostrej białaczki u dziecka. 2) St. Kapuściński: Współczesne metody leczenia kiły. 3) Fr. Goebel: O witasterynie D: a) wpływ witasteryny D na przemianę fosforową, wapniową i azotową, b) w sprawie toksyczności ergosteryny naświetlonej.

Kraków.

Krakowskie Towarzystwo Lekarskie. We środę dnia 21 października b. r. o godzinie 7.15 wieczorem odbyło się zwyczajne posiedzenie naukowe Krakowskiego Towarzystwa Lekarskiego z następującym porządkiem dziennym: Dr. Felix i Dr. Tochowicz: Badania kliniczne i doświadczenia nad działaniem acecoliny i angioxylu.

Lwów.

Prezydjum Lwowskiej Izby Lekarskiej podaje do wiadomości, że z racji wyborów do Rady Izby Lekarskiej na trzechlecie 1932—1934, po myśli § 1. instrukcji wyborczej Izby, odbędzie się Ogólne Zgromadzenie Przedwyborcze w sobotę dnia 7 listopada 1931 o godz. 18-ej, w sali miejskiej w ratuszu. W Zgromadzeniu tem uczestniczyć mogą wszyscy członkowie Izby objęci listą lekarzy uprawnionych do głosowania.

Poznań.

W Pracowni Psychotechnicznej Dyrekcji Kolei Państwowych (ul. Skarbowa 10, róg Wałów Zygmunta Augusta) odbyło się XIII Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. N. w piątek, dnia 9 października 1931 r. z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Prof. Dr. Błachowski: O istocie i znaczeniu psychotechniki. (Refleksje po Zjeździe Psychotechnicznym w Moskwie). 3) Inż. Rybicki: O psychotechnice w kolejnictwie.

XIV. Zebranie Wydziału Lekarskiego T. P. łącznie z Oddziałem Poznańskiego Polskiego Towarzystwa Pedjatrycznego odbyło się dnia 16 października 1931 z następującym porządkiem obrad: 1) Komunikaty Zarządu. 2) Pokazy, 3) Dr. J. Zeyland: Wyniki szczepień przeciwgruźliczych w latach 1928—1930, zmniejszanie się umieralności ogólnej niemowląt szczepionych.

Otwarcie stacji reumatycznej przy lecznicy Okr. Zw. K. Ch. w Krakowie. Z dniem 1 sierpnia uruchomiono przy lecznicy Okręgowego Związku Kas Chorych w Krakowie, ul. Batorego 5, stację reumatyczną. Zadaniem stacji będzie ustalanie precyzyjnego rozpoznawania schorzeń reumatycznych, wskazówki lecznicze ogólne, w szczególności zaś fizykalne oraz ocena chorych w kierunku ich zdolności do pracy. Stacja reumatyczna ma zapewnioną współpracę specjalistów z dziedziny ortopedji, rentgenologji, interny, ginekologji i t. d. i prócz przychodni dysponuje oddziałem obserwacyjnym oraz leczniczym. Ponieważ wczesne rozpoznawanie cierpienia reumatycznego, racjonalne i celowe leczenie wraz z prawidłową i ścisłą oceną zdolności do pracy chorych ma dla Kas Chorych znaczenie pierwszorzędne, nie należy wątpić, że zainteresowane Kasy Chorych chętnie będą korzystać z utworzonej stacji reumatycznej.

Wolne posady lekarskie.

W Kamieńcu Litewskim wakuje posada Lekarza rejonowego i ordynatora Szpitala z pensją 325 złotych, które płaci Sejmik. Kasa chorych płaci 125 złotych, prócz tego wolna praktyka. Kierownikiem Szpitala jest Dr. Bogucki. Mieszkanie wynająć łatwo.

Wydział Powiatowy w Nowym Tomyślu rozpisuje konkurs na stanowisko dyrektora i ordynatora szpitalnego w szpitalu powiatowym w Nowym Tomyślu. Stanowisko to do którego przywiązane są pobory według grupy VI ustawy uposażeniowej dla urzędników państwowych plus 15% dodatku komunalnego i ewent. dodatku funkcyjnego (według umowy) do objęcia jest od 1 stycznia 1932 r. Szpital urządzony jest na 60 łóżek i wyposażony w „Rentgena" oraz urządzony nowocześnie. Zgłoszenia pp. oferentów — odpowiadających warunkom rozporządzenia Prezydenta Rzeczypospolitej z dnia 22. III. 1928 (Dz. U. R. P. Nr. 38 poz. 382) składać można do dnia 10 listopada 1931 r.

Śniadów w Woj. białostockiem potrzebuje lekarza. Bliższe informacje w aptece.

Z kraju.

Stowarzyszenie Lekarzy w Krynicy podaje do wiadomości, że ostateczny termin nadsyłania prac do konkursu z dziedziny balneologji ze szczególnem uwzględnieniem Krynicy został przesunięty na 1 marca 1932 r.

Redakcja otrzymała:

Société des nations. — Conférence pour la limitation de la fabrication des stupéfiants. Genève 1931.

Société des nations. Rapport de la conférence de laboratoire sur le serodiagnostic de la syphilis convoquée a Montevideo per l'institut prophylactique de la syphilis de l'Uruguay (15—26 septembre 1930).

Société des nations. „La tuberculose au Danemark, en Norvège et en Suède par les Docteurs Ostenfeld, Heitmann et Neander. Genève. 1931.

L. Regmunt - Sobieszczański. „Le tubercule de Darvin chez les écoliers à Varsovie". Odb. z „La médecine scolaire", nr. 7. z r. 1931.

H. Grossfeld. „Die Zweimedienkultur". Odb. z Archiv für experimentelle Zellforschung besonders Gewebezüchtung. Band XI.

H. Grossfeld. „Experimentelle Erzeugung von mesenchymalem Epithel aus dem Herzexplantat des Huhnembrjo". Odb. z Archiv für experimentelle Zellforschung. Band XI.

Podkomorski L. „Miłość a zdrowie". Poznań 1931.

Polski Związek Przeciwgruźliczy. „Zakłady przeciwgruźlicze, zapobiegawcze i lecznicze dla dzieci w Polsce". Warszawa 1931.

Société des nations. „Statistiques des maladies a declaration obligatoire pour l'anne. 1929. Genève. 1931.

Chirurgia clinica polonica, volumen II, fasciculus 1. Kraków 1931.

Macaigne M. i P. Nicaud. Les lésions alveolaires de la granulie expérimentale. Odb. z La presse médicale nr. 101, z r. 1930.